112

L'ENDOSCOPIE UTÉRINE

(HYSTÉRESCOPIE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	**MM**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DEJERINE BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUÉNU
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU SEGOND BERGER RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BEZANÇON	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BROCA André	GOSSET	LŒPER	RENON
BBUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
	LABBÉ	MULON	ZIMMERN

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1908 N°

L'ENDOSCOPIE UTÉRINE (HYSTÉROSCOPIE)

Applications au diagnostic et au traitement des affections intra-utérines

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 février 1908 à 1 heure

PAR

CHARLES DAVID

Ancien Interne des Hôpitaux

Président . . . . M. BAR, *professeur.*

Juges. . . . . . MM. ALBARRAN, *professeur,* MARION, *agrégé.* BRINDEAU, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

DU MÊME AUTEUR

1° De l'emploi de l'acide vanadique en général, et en particulier en gynécologie (en collaboration avec le Docteur A. Le Blond, Médecin de Saint-Lazare). Communication à la *Société de Thérapeutique* le 27 mai 1903. *Progrès médical*, 14 juillet 1906.

2° Un cas d'érythème noueux à évolution apyrétique. *Tribune médicale*, 1903.

3° Un cas de syndrôme addisonnien chez une tuberculeuse atteinte de rétrécissement mitral. *Tribune médicale*, 1903.

4° Traitement de l'Ulcère de l'estomac. *Tribune médicale*, 24 octobre 1903.

5° Un cas de chancre du sein : longue durée de l'incubation. *Tribune médicale*, 1903.

6° Un cas de Péritonisme au cours d'un purpura rhumatoïde chez un syphilitique secondaire. *Tribune médicale*, le 19 novembre 1904.

7° Observation d'un cas de sarcome primitif du mésentère avec phlébite de la veine iliaque gauche et noyaux secondaires dans le myocarde. Communication à la *Société anatomique*, Séance du 23 décembre 1904.

8° Chancre syphilitique du cornet nasal inférieur. Journal *La Syphilis*, février 1905.

9° Symphyse cardiaque. Enorme hypertrophie du cœur. Rétrécissement mitral. *Société anatomique*, février 1908.

10° Endocardite ulcéro-végétante subaiguë de l'artère pulmonaire. *Société anatomique*, février 1906.

11° Traitement des abcès du sein sans incisions. Ponctions aspiratrices et injections locales d'argent colloïdal électrique isotonique (en collaboration avec le Docteur Chirié). *Société d'Obstétrique de Paris*, 20 décembre 1906.

12° Rupture traumatique de l'utérus gravide au huitième mois. Rétention du fœtus dans la cavité abdominale pendant 8 mois. Opération. Guérison (en collaboration avec le Docteur Tissier). *Société d'Obstétrique de Paris*, 19 décembre 1906.

13° Occlusion intestinale chez un nouveau-né par anomalie du développement du gros intestin. *Société d'Obstétrique de Paris*. mars 1907.

14° Tératome abdominal chez un nouveau-né. *Société anatomique*, avril 1907.

15° Hémorrhagie cérébrale au cours d'une attaque d'éclampsie: Artérite cérébrale tuberculeuse. *Société anatomique*, avril 1907.

16° Endoscopie utérine au moyen d'un hyseroscope à éclairage interne. Résultats pratiques au point de vue du diagnostic et du traitement des affections intra-utérines. *Société de l'Internat*, 27 Juin 1907. *Tribune Médicale*, 13 Juillet 1907.

17° Endoscopie de l'utérus après l'avortement et dans les suites de couches normales et pathologiques. *Société d'Obstétrique de Paris*, 19 décembre 1907.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1897 Monsieur le Docteur DREYFUS-BRISAC, Médecin de l'Hôpital Lariboisière *(in memoriam).*

1898 Monsieur le Docteur DUGUET, Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

EXTERNAT

1898 Monsieur le Docteur d'HEILLY, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades *(in memoriam).*

1899-1900 Monsieur le Docteur PEYROT, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

1900-1901 Monsieur le Professeur A. ROBIN, Médecin de l'Hôpital de la Pitié. Membre de l'Académie de Médecine.

Monsieur le Docteur FLORAND, Médecin des Hôpitaux.

1901-1902 Monsieur le Docteur ACHARD, Médecin de l'Hôpital Tenon. Professeur agrégé à la Faculté.

1902-1903 Monsieur le Docteur MATHIEU, Médecin de l'Hôpital Andral.

Monsieur le Docteur BELIN, Médecin des Hôpitaux.

1903-1904 Monsieur le Docteur LEGENDRE, Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

INTERNAT

1904-1905 Monsieur le Docteur Alexandre RENAULT, Médecin de l'Hôpital Cochin.

Monsieur le Docteur MOREL-LAVALLÉE, Médecin de l'Hôpital de la Charité.

Monsieur le Docteur L. FOURNIER, Médecin des Hôpitaux.

1905-1906 Monsieur le Docteur TAPRET, Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

1906-1907 Monsieur le Docteur CHAPUT, Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

Monsieur le Docteur SOULIGOUX, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur PORAK, Accoucheur en chef de la Maternité. Membre de l'Académie de Médecine.

Monsieur le Docteur MACÉ, Accoucheur-adjoint de la Maternité.

1907-1908 Monsieur le Docteur COMBY, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR A. LE BLOND
Médecin de Saint-Lazare

A M. LE DOCTEUR WICKHAM
Médecin de Saint-Larare

Avant d'exposer nos recherches sur l'endoscopie de l'utérus, nous tenons à remercier tout particulièrement nos Maîtres ainsi que nos collègues et amis qui ont bien voulu nous aider dans l'accomplissement de cette étude et dont le concours nous l'a grandement facilité.

Nous exprimons tout d'abord notre bien sincère gratitude à nos Maîtres, Messieurs Porak, accoucheur en Chef de la Maternité, et Macé, accoucheur-adjoint de la Maternité, qui ont bien voulu nous laisser la plus grande liberté pour examiner au point de vue endoscopique les malades de leur service, et qui ne nous ont point ménagé leurs encouragements et leurs avis éclairés, nous remercions également notre Maître, Monsieur le Docteur Chaput qui nous a ouvert son service de l'hôpital Lariboisière et notre Maître, Monsieur le Docteur Souligoux dans le service duquel nous avons pu voir des malades très intéressantes.

Nous tenons à témoigner notre reconnaissance à nos collègues et amis Planson, Burnier, Cléret, Chénier, Ehrenpreis, Marsan, et bien d'autres, qui en nous signalant et en nous aidant à examiner les cas intéressants de leurs services nous ont donné une aide sans laquelle il nous eut été impossible de mener à bien ce travail.

Nons remercions aussi le Docteur Judet qui nous a fourni l'idée première de cette étude et qui s'est toujours intéressé aux progrès de notre méthode.

Enfin, nous n'aurions garde d'oublier Monsieur Gentile, pour l'obligeance et la persévérance dont il a fait preuve pour nous construire des appareils exempts de tout reproche.

INTRODUCTION

L'examen direct des cavités splanchniques par l'endoscopie est déjà de pratique assez ancienne ; mais ce moyen d'exploration a été l'objet de nombreux et sérieux perfectionnements dans ces dernières années, et il a reçu des applications de plus en plus nombreuses ; la plupart des organes dont les lésions étaient autrefois difficilement explorables peuvent aujourd'hui être examinés dans leurs moindres détails grâce à l'endoscopie.

Après l'endoscopie uréthrale et vésicale à laquelle les travaux de Luys et de Cathelin ont donné une telle impulsion, et qui est entrée aujourd'hui dans la pratique courante, de nombreux essais ont été couronnés de succès pour appliquer ce procédé d'investigation à d'autres organes ; la trachéo-bronchoscopie, l'endoscopie de l'œsophage (Guisez), la rectoscopie (Ockinczyc), rendent aujourd'hui les plus grands services pour l'exploration d'organes qui se dérobent à nos autres procédés d'examen, tels que la trachée et les bronches, ou du moins sur lesquels nos autres moyens de diagnostic ne nous donnent que des renseignements insuffisants. Dans tous les cas, la constatation directe *par la vue* de l'état anatomique des viscères est évidemment le moyen le plus sûr que nous ayons pour nous renseigner sur leurs maladies.

On peut à bon droit s'étonner après cela *que l'endoscopie ne soit pas depuis longtemps couramment appliquée à l'étude des lésions de l'utérus*. Et cependant, la matrice n'est pas un organe si facilement accessible aux moyens d'investigation ordinaires.

A part l'étude des signes fonctionnels des maladies de l'uté-

rus, le médecin est relativement désarmé lorsqu'il s'agit de poser le diagnostic précis de *lésions intra-utérines*.

Quels sont en effet les moyens d'exploration dont il dispose pour s'éclairer?

Le toucher et le palper bimanuel lui permettent à la vérité d'apprécier d'une façon très exacte les variations de situation, de forme, de volume, de consistance, de mobilité de l'organe. Mais si la matrice malade a conservé un aspect extérieur normal, si c'est uniquement *à l'intérieur de sa cavité* que siègent ses lésions, le toucher est évidemment impuissant à donner le moindre renseignement.

Le gynécologue aura alors recours à l'hystéromètre. Il pourra, grâce à lui, se rendre facilement compte de la direction de la cavité utérine, de ses variations de capacité ; il pourra même s'il existe une tumeur assez volumineuse et assez consistante, faisant saillie à l'intérieur de l'organe, la percevoir d'une façon assez vague à l'extrémité de la tige exploratrice ; mais là s'arrêtent les renseignements que peut fournir cette dernière, renseignements toujours peu précis, les seuls que puisse donner cet instrument aveugle.

Reste un procédé recommandé par un certain nombre de gynécologues. Nous voulons parler du toucher intra-utérin. Procédé d'une application souvent difficile, et quequefois impossible. Il n'est en effet pas toujours praticable d'introduire, après une dilatation suffisante, un doigt jusqu'au fond de la cavité utérine. D'une part il faut pouvoir obtenir une dilatation déjà assez considérable, et qui demande plusieurs jours; et, même en abaissant fortement l'utérus, il n'est pas toujours possible de faire arriver l'extrémité du doigt dont la longueur est insuffisante jusqu'au fond de l'organe ; en outre le doigt, étranglé par le col utérin s'engourdit, sa sensibilité s'émousse, il ne perçoit plus que des sensations vagues. Mais surtout les renseignements que peut donner ce genre d'exploration sont vraiment bien précaires. Sans doute, dans les cas où il sera réellement possible, le toucher intra-utérin pourra quelquefois permettre de reconnaître la présence d'un fibrome; d'un polype, d'un néoplasme végétant

faisant saillie dans la cavité de la matrice. Mais s'il n'y a pas de grosse lésion macroscopique, le doigt pourra-t-il fournir des indications utiles? Évidemment non. Et d'ailleurs, disons-le encore, ce procédé est le plus souvent inapplicable et il est rare qu'on y ait recours en clinique, en dehors bien entendu de l'état puerpéral, où il est vraiment précieux, quoique cependant, comme nous le verrons, quelquefois insuffisant.

Force nous est donc de constater qu'il ne nous est pas très facile de recueillir des signes objectifs de quelque valeur pour le diagnostic des affections intra-utérines. Et combien nombreux sont les cas où faute de pouvoir s'appuyer sur ces signes objectifs, le diagnostic du gynécologue reste en suspens? Quel problème plus difficile à résoudre dans la plupart des cas que le diagnostic étiologique d'une métrorrhagie ? Combien de fois n'hésite-t-on pas entre un cancer du corps et une simple métrite faute de pouvoir examiner l'intérieur de l'utérus? Combien de fois le diagnostic de néoplasme au début pourrait-il être fait si nous possédions des moyens d'exploration plus complets et combien de malades pourraient être sauvées par une intervention précoce, dont l'affection n'est reconnue que lorsqu'elle s'est affirmée par des signes fonctionnels et physiques évidents, attestant qu'il est déjà trop tard pour songer à une intervention efficace? Et quoi de plus vague que ces diagnostics d'endométrite, véritable *caput mortuum*, où l'on rejette toutes les affections au sujet desquelles on ne peut faire de diagnostic précis parce qu'on ne peut les constater et dont la thérapeutique est forcément aveugle et illusoire ?

Il n'est donc pas douteux que l'examen direct de la cavité utérine ne soit susceptible de rendre les plus grands services, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique. Et cependant l'endoscopie utérine, quoiqu'elle ait été employée il y a déjà longtemps n'est pas entrée dans la pratique, et aucun chirurgien ne songe jamais à l'utiliser.

HISTORIQUE

Depuis très longtemps l'impuissance des procédés usuels employés en gynécologie à renseigner d'une façon suffisamment complète sur l'état de la cavité utérine, avait suggéré à quelques médecins l'idée de regarder directement dans cette cavité ; quelques tentatives furent faites dans ce sens qui valent la peine d'être notées à titre de simples curiosités.

C'est ainsi qu'en 1864, un médecin de Nantes, le docteur Aubinais, essaya de réaliser ce qu'il a appelé « l'utéroscopie » chez la femme enceinte (1).

Aubinais appliquait sur le ventre de la femme à terme une feuille de papier noir, de manière à le recouvrir exactement. Il ménageait sur cette feuille une ou deux fenêtres ; à travers l'une des fenêtres, il faisait pénétrer des rayons lumineux d'une aussi grande intensité que possible, et il observait, tantôt par la fenêtre laissée libre, tantôt par le col, après avoir placé un spéculum dans le vagin. Par ce moyen, il espérait éclairer suffisamment la poche des eaux pour voir le fœtus en détail. Comme bien on le pense, les résultats de ces observations n'étaient guère précis. A peine quelques alternatives d'ombre et de lumière, quelques mouvements de masses confuses. Toutefois, le docteur Aubinais, à la suite de ses recherches, crut pouvoir faire aux académiciens de Nantes, cette prédiction, aujourd'hui pleinement réalisée, qu'un jour viendrait où les chirurgiens réussiraient à bien voir l'intérieur de l'utérus (*Journal de la Section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, Nantes, 1864, XL).

1. Clado et Duplay, *Traité d'hystéroscopie*.

Dans le même ordre d'idées, quelques années plus tard, Amussat a décrit et figuré (*Courrier médical*, 1872, XXII ; *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1872, Paris) divers appareils d'éclairage utilisables dans le traitement des affections de l'utérus. Mais il s'agissait pour Amussat, d'éclairer la cavité vaginale et le col utérin avec une forte lumière, après avoir dilaté le vagin avec le spéculum. Amussat s'est servi à cet effet de divers dispositifs faciles à imaginer et dont le plus simple consiste en une cuiller verticalement attachée sur une bougie de manière à présenter sa convexité derrière la flamme. Les rayons lumineux concentrés ainsi étaient projetés sur les points voulus de la cavité vaginale ou sur le col qui se trouvaient dès lors très éclairés.

Il faut rapprocher de ces tentatives celles de *Trouvé* qui fit construire un appareil d'éclairage électrique auquel il donna le nom de *polyscope* et qui, dit *Gallard* (1), pouvait être très utilement employé pour l'examen de la cavité vaginale et du col de l'utérus. Cet appareil se composait de deux parties : 1° une sorte de réservoir d'électricité que l'on chargeait au moyen d'une petite pile spéciale et qui était disposé de façon à pouvoir être aisément transporté ; 2° d'un manche mis en communication avec le réservoir d'électricité au moyen de fils conducteurs et à l'extrémité duquel se montait un réflecteur en tôle émaillée à l'intérieur duquel se trouvait un fil de platine qui devenait incandescent et produisait une très belle lumière au moment du passage du courant électrique.

Gallard était assez satisfait du polyscope de Trouvé ; mais comme on le voit il ne s'agissait là que d'appareils très rudimentaires qui ne permettaient que d'éclairer le vagin et le col utérin sans faire pénétrer réellement la vue jusqu'à l'intérieur de la cavité utérine.

Les appareils qui ont été imaginés dans le but de réaliser l'endoscopie utérine proprement dite sont de trois sortes :

A. — Les spéculums intra-utérins.

1. Gallard, *Maladies des femmes*, Paris, 1879.

B. — Les tubes hystéroscopiques à éclairage externe.
C. — L'hystéroscope à éclairage interne.

A. — Les spéculums intra-utérins

On tenta de faire pénétrer la lumière jusque dans le conduit cervico-utérin par des moyens analogues à ceux qui avaient permis de la faire pénétrer jusque dans le conduit vaginal et pour cela on eut recours à des dilatateurs tout à fait semblables pour la forme aux spéculums vaginaux, n'en différant que par le volume approprié au calibre moindre de la cavité qu'il s'agissait d'explorer.

Jobert (de Lamballe) imagina d'introduire un petit spéculum plein d'environ un centimètre de diamètre dans le col mis d'abord à découvert au moyen d'un spéculum à valves ordinaire. Ce petit spéculum dont l'embout et le cylindre étaient portés sur de longs manches qui aidaient à les manœuvrer au fond du vagin, se composait de deux parties glissant l'une sur l'autre, de façon à permettre d'enlever à un moment donné une portion longitudinale de la paroi cylindrique pour explorer la cavité cervico-utérine : cette portion mobile était manœuvrée par une longue tige qui lui adhérait et qui était placée contre la tige principale. Les essais qui furent faits de ce petit instrument ne lui furent pas favorables.

Le spéculum intra-utérin de *Mathieu* était formé de deux valves égales qui le faisaient ressembler à un spéculum de Ricord de petites dimensions. Celui de *Brissez* (de Lille) était également formé de deux valves présentant une légère courbure destinée à faciliter l'introduction. Ces divers spéculums étaient montés sur un manche très long, et étaient munis d'un mécanisme spécial qui permettait d'en écarter les valves.

Assez analogues étaient les spéculums du professeur *Busch* et de *Lemenant-Deschenais*.

Plus tard *Vulliet*, de Genève, essaya de nouveau de faire l'exploration de la cavité utérine au moyen d'un instrument de

ce genre. Il fit construire un petit spéculum bivalve, sur le même modèle que le spéculum bivalve de Trélat destiné à la dilatation de l'anus. Il commençait par dilater le canal cervico-utérin avec de tout petits tampons antiseptiques dans des proportions telles que le regard pouvait pénétrer directement dans la cavité utérine. Puis il introduisait son spéculum et regardait sans éclairage spécial. Il arriva à l'aide de cette méthode à obtenir des photographies de la muqueuse.

Mais, comme tous les appareils analogués, le spéculum de Vulliet était d'un emploi malaisé ; d'abord les branches étaient courtes et dérapaient très facilement, glissant contre la face interne de la cavité cervicale, et sortant brusquement de l'orifice au risque d'en déchirer les parois (Cogrel) (1). De plus et surtout tous ces appareils ont un défaut énorme c'est qu'il n'est pas possible de leur donner une ouverture assez grande pour permettre à la lumière de pénétrer facilement jusque sur les parties qu'ils s'agit d'examiner ou d'en éclairer une étendue suffisante (Gallard). Ils ne peuvent suffir à faire voir d'une façon complète toute la cavité utérine et sont de beaucoup inférieurs aux appareils hystéroscopiques proprement dits.

B. — Les hystéroscopes à éclairage externe

C'est en 1865 que *Désormeaux* fit connaître l'invention de son *endoscope* qui constituait le premier appareil permettant réellement de voir dans une cavité viscérale éloignée de la surface des téguments (2). L'endoscope de Désormeaux se composait d'un tube droit auquel était annexé, près de son extrémité terminale, une lampe munie d'une lentille et d'un réflecteur. Le tube était assez étroit pour pouvoir pénétrer facilement dans la cavité à examiner. Une fois introduit, son extrémité externe était mise en

1. *Thèse de Paris*, 1896.

2. Désormeaux, *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie*, Paris, Baillière, 1865.

rapport avec la petite lampe munie du réflecteur qui projetait des rayons lumineux dans la cavité avec assez de clarté pour permettre à l'observateur d'en apprécier les divers états.

Malgré ses imperfections, l'appareil de Désormeaux représentait à cette époque un immense progrès dont personne d'ailleurs ne comprit la haute portée (1). Mais son auteur l'avait appliqué d'une façon à peu près exclusive au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie, et ce n'est guère que plus tard que d'autres expérimentateurs essayèrent l'application de l'endoscope de Désormeaux à l'éclairage de la cavité utérine.

C'est à *Pantaleoni* que revient le mérite d'avoir le premier, en 1869, regardé dans la cavité utérine chez le vivant ; le premier il sut utiliser à cet effet les appareils endoscopiques alors existants (*Medical Press and Circ. London*, 1869, VIII, p. 26).

Il s'est servi du tube de *Cruise*, concurremment avec l'endoscope de Désormeaux ; il fit à l'aide de ces appareils, cependant rudimentaires, des tentatives vraiment intéressantes ; il suivit une technique extrêmement rationnelle qu'il nous a décrite et il obtint de la méthode des résultats qui n'étaient pas à dédaigner. « C'est, nous dit-il, en présence d'une femme de soixante ans, affectée d'un saignement utérin ayant résisté à tous les traitements, qu'il eut l'idée de tenter l'exploration visuelle de la cavité de l'organe. Il commença par en pratiquer la dilatation avec une éponge de Sinus posée durant vingt-quatre heures. Son retrait amena une hémorragie qui, néanmoins, n'a pas empêché le chirurgien d'introduire dans l'utérus un tube métallique de 20 centimètres de long et d'un calibre correspondant au n° 30 de la filière Charrière. A travers ce tube, il introduisit ensuite l'endoscope de Désormeaux et put éclairer suffisamment la cavité pour voir dans son intérieur, et constater la présence d'une végétation polypeuse sur le fond de l'utérus. C'est le premier diagnostic hystéroscopique qui ait été réalisé » (2).

Mais Pantaleoni ne s'arrête pas à la simple inspection. Pen-

1. Cathelin, « Le cystoscope à air », *Tribune médicale*, 27 mai 1905.
2. Duplay et Clado, *Traité d'hystéroscopie*, Paris, 1898.

dant que le tube est en place, il en profite pour porter un caustique (nitrate d'argent) jusqu'au fond de l'utérus, et cautériser la végétation.

Ce chirurgien avait donc rempli la double indication de l'hystéroscopie : faire la constatation directe par la vue d'une lésion intra-utérine et traiter celle-ci sous le contrôle de l'œil.

Pantaleoni rapporte encore trois autres cas où il employa l'endoscopie avec le même succès pour fixer des diagnostics incertains et pour entreprendre un traitement.

La méthode était créée et l'on peut s'étonner qu'elle n'ait pas été immédiatement appliquée d'une manière générale et que la technique préconisée par ce chirurgien n'ait pas donné à ses successeurs de meilleurs résultats.

A. Le Blond (1) a en effet employé l'endoscope de Désormeaux à plusieurs reprises dans le service de Gallard, dont il était l'externe ; jamais il n'en a obtenu de renseignements utiles à cause, dit-il, de la facilité très grande que présente la muqueuse utérine de laisser suinter du sang sous l'influence du moindre attouchement. Le sang qui s'écoulait venait obstruer la lumière du tube et gênait l'exploration. On pouvait à la vérité chercher à étancher le sang au moyen d'une boulette d'ouate portée à l'extrémité d'une tige que l'on faisait pénétrer dans le tube, mais on n'y parvenait qu'incomplètement et l'on ne distinguait jamais qu'une coloration rouge fournie par la petite quantité de sang qui s'épanchait à la surface du tissu.

Bumm (2) se livra également à des examens endoscopiques intra-utérins. Il put faire le diagnostic *de visu* de l'endométrite fougueuse, du carcinome et de petites tumeurs occupant le fond de l'utérus. Mais, malgré ces résultats satisfaisants, cet auteur ne laissa pas de faire des réserves sur la méthode qu'il avait employée ; il en signala la difficulté dans certains cas du fait du saignement de l'endomètre provoqué par la manœuvre endoscopique, et la nécessité de faire un tamponnement répété. Il signala

1. A. Le Béard, *Traité de gynécologie*, Paris, 1878.
2. Bumm, 6e Congrès allemand de gynécologie, Vienne, juin 1895.

en outre un danger, qui n'a jamais été rencontré par les observateurs qui l'ont suivi, ni par nous-même, celui de la contamination secondaire de la trompe à la suite des manœuvres de l'endoscopie. Il provoqua dans un cas une salpingite blennorrhagique qui céda d'ailleurs au traitement.

En 1893 (1), *M. Blondel* essaya dans le service de M. le docteur Doléris quelques expériences qui ne lui donnèrent pas grand profit et qu'il ne publia d'ailleurs pas. Voici comment était conçu l'appareil dont il se servait. C'étaient deux tubes emboîtés, le premier à claire-voie, et formé par quatre tiges fixées sur un anneau à leurs deux extrémités ; c'était le tube extérieur ; le second était cylindrique et s'introduisait dans le premier Enfin, un embout de bois, semblable à celui des anciens spéculums bivalves, se glissait dans l'intérieur, et permettait de ménager les parois de l'organe pendant l'introduction. L'instrument avait 10 centimètres de long et 2 centimètres de diamètre.

L'éclairage était obtenu par une lampe électrique portée au bout d'une petite tige creuse où circulait en permanence un courant d'eau froide ; car, pour peu que l'examen dépassât une minute, la chaleur dégagée par cette lampe minuscule devenait difficile à supporter pour la malade.

Cet appareil aurait présenté l'avantage de montrer autre chose que ce qui se trouvait à sa seule extrémité, car, en retirant graduellement le tube intérieur, le treillage du tube extérieur maintenait les parois écartées, et en faisant exécuter à celui-ci un léger mouvement de rotation, on pouvait apercevoir successivement tous les points de la paroi de l'utérus. Malheureusement, cet appareil ne donna à son inventeur aucun résultat. Comme ses devanciers, ce dernier était constamment gêné par le sang. D'autre part, la chaleur dégagée par la lampe était un inconvénient sérieux pour les malades.

D'ailleurs, cet instrument ne s'appliquait qu'à l'utérus abortif et à l'utérus non puerpéral.

1. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 19 décembre 1907.

Blondel abandonna rapidement ses essais hystéroscopiques infructueux.

En 1894, un Américain, *Morris* (1), fit paraître les résultats de ses recherches hystéroscopiques au moyen de tubes endoscopiques ; ses travaux ne paraissent pas avoir été très étendus et sa communication ne fut pas accueillie avec une grande faveur.

Pichevin et *Boisseau du Rocher* (2) ont eux aussi fait dans le service de M. le professeur Le Dentu quelques tentatives d'hystéroscopie. Boisseau du Rocher se servait d'un instrument à éclairage assez intense. Les deux gynécologues commençaient par dilater l'utérus, puis ils introduisaient l'instrument de Boisseau du Rocher.

Mais, quoique la source lumineuse fut puissante, et la dilatation très large, ils n'obtinrent pas de résultats sérieux. Dans un cas, ils aperçurent un morceau d'éponge resté dans la cavité utérine, et chez une autre malade ils constatèrent l'existence d'un jet de sang qui partait d'un point de la face interne de la matrice. Somme toute, Pichevin et Boisseau du Rocher n'eurent pas à se féliciter du résultat de leurs recherches, et abandonnèrent un procédé qui ne leur paraissait pas susceptible de rendre de très utiles services.

D'après l'exposé qui précède, on peut voir qu'à part les essais peu nombreux mais encourageants de Pantaleoni, les tentatives d'endoscopie utérine n'avaient pas été couronnées de très brillants succès.

Il faut arriver à *Clado* pour voir l'hystéroscopie faire de véritables progrès et devenir réellement pratique. Cet éminent gynécologue fit de ce procédé d'exploration une étude extrêmement complète ; il imagina dans ce but toute une série d'appareils hystéroscopiques de plus en plus perfectionnés et basés sur le prin-

1. Morris, Endoscopie tubes for direct inspection of the intérion of the Hadder and utérus (*Tr. an. obst. and gynéc.*, 1893, Philadelphie, 1894, pp. 275-77).

2. Doléris et Pichevin, *La pratique gynécologique*, Paris, 1896.

cipe de l'endoscope de Désormeaux ; il précisa dans ses moindres détails la technique de l'hystéroscopie, et il arriva après plusieurs années d'essais poursuivis à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Duplay, à des résultats réellement intéressants.

Clado commença ses essais en 1896 et consigna ses premières observations dans la thèse du docteur *Cogrel*, soutenue devant la Faculté de Paris en 1896 ; il continua à perfectionner son instrumentation et eut l'occasion d'appliquer son procédé d'exploration avec de très beaux succès à un très grand nombre de malades. Il fit paraître en 1898, en collaboration avec M. le professeur *Duplay* un traité d'hystéroscopie, qui était un exposé très complet de ses recherches et de leurs résultats.

La même année, le docteur *Proutière* soutenait à Paris sa thèse sur l'hystéroscopie, inspirée également par Clado et rapportait de nouvelles observations. Enfin, en 1902, Clado publiait son *Manuel de diagnostic gynécologique* dans lequel une large place était accordée à l'endoscopie utérine parmi les moyens d'exploration de la matrice.

Hystéroscope de Clado. — Les appareils dont se servait Clado étaient tous des hystéroscopes à *éclairage externe*. Ils se composaient essentiellement :

a) De tubes hystéroscopiques cylindriques, destinés à être introduits dans la matrice.

b) D'appareils d'éclairage électrique ou photophores, fixés à l'extérieur, émettant des rayons lumineux dans l'intérieur des tubes endoscopiques qui étaient destinés à conduire ces rayons à travers la vulve et le museau de tanche jusqu'au fond de l'utérus.

Ce sont ces appareils d'éclairage que Clado s'attacha surtout à perfectionner et dont il employa successivement plusieurs modèles :

1° Il utilisa d'abord des photophores indépendants des tubes endoscopiques : d'abord le miroir de Klar; puis une lampe à incandescence fixée sur un ressort l'adaptant au front de l'opérateur.

2° Il fit construire ensuite des photophores fixes, tels que le

photophore de Casper et le *photophore de Leiter*, s'adaptant au pavillon des tubes hystéroscopiques; mais ces appareils présentaient certains inconvénients qui les firent abandonner par Clado qui imagina alors :

3° Un *photophore articulé*, se plaçant à l'extrémité externe du tube endoscopique et mobile sur lui.

L'énergie électrique était fournie par de petites piles. Ces appareils permirent à Clado d'obtenir des renseignements cliniques des plus précieux dans les affections intra-utérines et même dans certains cas de faire de petites interventions thérapeutiques.

Cependant, malgré tous ses efforts, malgré ses nombreuses publications et celles de ses élèves sur ce sujet, l'hystéroscopie n'entra pas dans la pratique courante et il nous semble même que depuis lui elle a été complètement abandonnée.

Alors que l'endoscopie de la vessie, sous l'influence des remarquables travaux de Cathelin et de Luys prenait un essor considérable, alors que l'endoscopie était appliquée avec succès à un grand nombre d'organes, à la trachée et aux bronches, à l'œsophage par Guisez, au rectum par Ockinczyc, l'endoscopie utérine restait dans un oubli injustifié. En 1902, Clado disait déjà avec une certaine amertume « l'hystéroscopie nous reviendra vraisemblablement un jour de l'étranger avec le prestige de tout ce qui n'est pas français, et alors elle sera adoptée ».

Nous concevons en effet difficilement pourquoi ce procédé n'a pas encore conquis droit de cité; probablement faut-il voir la raison de cet oubli dans le peu de commodité de l'instrumentation de Clado. Quoique réalisant déjà un immense progrès, et susceptibles de donner quelques résultats, ses appareils étaient lourds, volumineux, d'un maniement assez compliqué et de plus ils ne pouvaient, en raison-même de leur disposition, donner un éclairage suffisant de tous les points de la cavité utérine. D'autre part, il est certain que les esprits étaient, à cette époque, moins préparés qu'aujourd'hui aux méthodes endoscopiques dont l'emploi était beaucoup moins généralisé.

C. — L'Hystéroscopie à éclairage interne

En 1905, notre ami le docteur *Judet* eut l'idée d'appliquer l'éclairage interne à l'endoscopie de l'utérus ; il fit à cette époque quelques recherches sur le cadavre qui lui montrèrent que l'on pouvait, avec l'*uréthroscope de Luys* éclairer toute la cavité utérine avec la plus grande facilité. Mais désirant se confiner dans ses occupations de chirurgie infantile et de chirurgie osseuse, notre collègue ne poussa pas plus loin ses recherches. Il n'essaya pas l'application de la méthode sur le vivant. Il nous confia cette idée qui nous parue très intéressante et nous avons été très heureux de la reprendre et poursuivre l'application.

Il nous semblait en effet, *a priori* que l'éclairage interne, *terminal*, employé avec le plus grand succès pour l'examen des voies urinaires, de l'urèthre et de la vessie, devait donner d'excellents résultats pour l'examen de l'utérus et nous ne comprenons guère comment Clado qui avait déjà envisagé cette hypothèse avait pu la rejeter d'une façon aussi absolue. « On conçoit, dit-il, qu'il n'y avait pas à songer ici à porter, comme on le fait avec avantage en cystoscopie, la lampe à incandescence au fond même de l'organe. Les conditions anatomiques sont différentes » (1). Il est certain que la cavité plus ou moins virtuelle de l'utérus ne se prête pas comme celle de la vessie ou de l'estomac à la dilatation préalable par un liquide : on ne peut donc pas dans cette cavité dont les parois sont presque en contact employer des appareils à réflexion à prismes ; car l'image de la paroi se réfléterait mal sur le prisme et il serait impossible d'obtenir une vision distincte. Mais, en revanche, les appareils à vision directe tels que l'uréthroscope de Luys sont parfaitement utilisables.

Nous fîmes nos premiers essais d'hystéroscopie au moyen de l'éclairage interne au début du mois de mars 1907 ; nous nous sommes d'abord livré à quelques recherches cadavériques qui n'ont fait que confirmer les résultats obtenus par Judet et nous

1. *Traité d'hystéroscopie*, p. 34.

encourager à persévérer dans cette voie. Nous avons d'abord employé pour nos examens l'uréthroscope de Luys et nous avons été frappé de la netteté avec laquelle on pouvait avec cet appareil voir les moindres détails de la cavité utérine sur le cadavre.

Nous avons alors essayé d'examiner à l'aide de cet instrument l'utérus de quelques malades de la Maternité, dans le service de MM. Porak et Macé, dont nous avions l'honneur d'être l'interne à ce moment, et nous nous sommes rendu compte rapidement qu'un appareil endoscopique ouvert ne pouvait être utilisé pour cet usage. En effet, ce que nous n'avions pu constater sur le cadavre, c'est que les utérus que l'on est amené à examiner sont presque toujours des utérus qui saignent plus ou moins abondamment ; il arrive alors que le tube hystéroscopique, à peine introduit, est aveuglé par le sang qui le remplit. La lampe contenue dans l'extrémité du tube est immédiatement noyée par le sang qui se coagule à la surface et il devient impossible de voir quoi que ce soit. On se trouve alors dans la nécessité de retirer l'appareil, de le nettoyer, et de recommencer, et ainsi de suite ; et cela, quelles que soient les précautions que l'on prend ; quel que soit le soin avec lequel on a asséché préalablement la muqueuse utérine au moyen de tampons d'ouate. On n'arrive pas à obvier d'une manière suffisante à cette difficulté en faisant avant l'examen un badigeonnage intra-utérin avec une solution d'antipyrine et d'adrénaline.

Cet inconvénient était certainement moindre avec les appareils à éclairage externe, car il était plus facile de tamponner la muqueuse utérine saignante à travers le tube et la source lumineuse ne pouvait être voilée par le sang. Néanmoins il a toujours beaucoup gêné les expérimentateurs et a fait abandonner le procédé par un certain nombre d'entre eux (Le Blond, Bumm (1), Blondel, Lequeux, etc.). Aussi cet obstacle allait-il, à notre grand regret, nous faire renoncer à l'éclairage interne, lorsque nous eûmes l'idée d'employer des *tubes fermés*, qui ne pourraient évidemment pas être aveuglés par le sang. Nous essayâmes

1. *Loc. cit.*

alors l'emploi de simples tubes de verre, de tubes à essais que nous avions sous la main ; voici comment nous procédions : le tube préalablement stérilisé étant introduit par son extrémité fermée dans l'utérus, nous y faisions pénétrer jusqu'au fond une petite lampe électrique montée sur une longue tige. Nous fûmes très heureux de constater avec quelle netteté et avec quel magnifique éclairage apparaissaient les moindres détails de la cavité utérine ; il suffisait d'appliquer le fond du tube contre la paroi utérine pour voir le sang et les liquides pathologiques contenus dans l'utérus fuir entre le verre et la paroi, et dès lors ils n'étaient plus gênants.

Nous nous adressâmes alors à M. Gentile et nous lui demandâmes de bien vouloir nous fabriquer un tube métallique fermé à son extrémité terminale par une glace ; cet appareil, M. Gentile a bien voulu nous le construire avec sa compétence bien connue en tout ce qui concerne l'endoscopie et avec une amabilité dont nous ne saurions assez le remercier.

C'est avec cet *hystéroscope fermé, à éclairage interne*, que nous pûmes faire pendant les mois de mai et juin 1907 une série d'examens hystéroscopiques des plus intéressants, tant à la Maternité que dans le service de notre maître, M. le docteur Chaput, et dans celui de M. le docteur Michaux, grâce à l'obligeance de notre collègue et ami Planson. Les résultats obtenus nous parurent si encourageants que nous nous décidâmes à présenter notre instrument et à faire connaître les services qu'il nous avait rendus à la Société de l'Internat, dans sa séance du 27 juin 1907.

Notre méthode et notre instrument y furent assez vivement attaqués ; nous réfuterons plus loin les principales objections qui nous furent adressées.

Nous apprîmes dans cette séance que des recherches hystéroscopiques avaient été entreprises dans le service de M. le professeur Berger par M. le docteur Luys, qui, n'en ayant pas obtenu beaucoup de satisfaction, les avait rapidement abandonnées et ne les avait pas publiées. Nous apprîmes également que M. Lequeux aurait, lui aussi, tenté quelques examens endoscopiques de

l'utérus des femmes en couches, sans avoir d'ailleurs rien publié à ce sujet.

Se servant d'un appareil ouvert, il avait rencontré les mêmes difficultés que nous-mêmes au début de nos recherches, et il jugeait impraticable l'hystéroscopie au moyen des appareils à éclairage interne. Il estimait que ses insuccès étaient dus à plusieurs causes (1) ; la première tenait à ce que les utérus puerpéraux que l'on examine sont généralement, du fait de l'infection ou de l'hémorragie, de vastes cavités, nécessitant des tubes d'exploration extrêmement longs. Il en résulterait que le champ visuel est rétréci proportionnellement à cette longueur.

De plus, quand on examine un utérus après l'accouchement c'est en général pour faire le diagnostic soit d'une hémorragie, soit d'un écoulement purulent quelconque. Or, dans tous ces cas, si l'on emploie un tube ouvert, la lampe est immédiatement aveuglée ; si l'on emploie un tube fermé, il est impossible de nettoyer la surface utérine des débris et des caillots qui l'encombrent et doivent s'opposer à toute vision nette.

Enfin, par le fait de la spaciosité même de la cavité, quand on se sert d'un tube droit à éclairage terminal, on arriverait bien à explorer le fond de la cavité utérine et une petite partie des parois antérieures et postérieures qui se remettent en contact derrière l'instrument qu'on retire ; mais il serait impossible de fouiller, comme il serait utile de le faire, les parties latérales, les flancs de l'utérus, et cela même en inclinant fortement l'instrument.

Or il nous est facile de répondre aux diverses objections formulées par Lequeux, celles-ci ne s'adressant d'ailleurs, de son propre aveu, qu'aux applications de l'endoscopie aux utérus puerpéraux, l'auteur n'ayant pas employé l'endoscopie en gynécologie.

La première, tirée de la longueur à donner aux tubes endoscopiques n'est pas sérieuse ; en effet la longueur du tube n'est pas un obstacle à une vision distincte et ne rétrécit pas le moins du

1. *Bulletin de la Société de l'Internat*, 27 juin 1907, p. 217.

monde le champ visuel. L'expérience démontre que, avec l'éclairage terminal, quelle que soit la longueur des tubes employés, la vision reste aussi nette et le champ visuel aussi large. Nous en avons d'ailleurs une preuve éclatante dans l'œsophagoscopie où l'on se sert forcément de tubes d'une longueur que n'atteignent jamais les tubes hystéroscopiques, ce qui n'empêche pas de faire des explorations extrêmement nettes et précises.

Nous avons déjà dit comment nous sommes arrivés à empêcher la lampe d'être aveuglée par le sang et les mucosités, en employant des tubes fermés par une glace. Mais il est certain que ces tubes fermés ne permettent pas de nettoyer la surface utérine, ni de faire à travers le tube aucune intervention intra-utérine. On verra plus loin comment nous avons pu remédier à cet inconvénient.

Mais nous nous élevons avec énergie contre l'idée qu'il est impossible d'explorer les parties latérales, les flancs de l'utérus. Nous sommes absolument certains *d'avoir pu dans tous les cas dans lesquels nous avons eu recours à ce mode d'exploration*, fouiller la cavité utérine *dans toutes ses parties*. Il suffit d'une d'une légère inclinaison au tube pour voir, en retirant progressivement l'instrument, se dérouler devant la lumière tous les segments de la paroi utérine, que l'on voit ainsi *l'un après l'autre* suivant le sens de l'inclinaison.

On voit donc qu'aucune des objections qui nous ont été faites n'atteint sérieusement la valeur de la méthode ou celle de notre instrumentation. Cependant, il était urgent que notre appareil nous permît de faire quelques petites interventions intra-utérines, et que, outre son utilité incontestable au point de vue du diagnostic, il put aussi contribuer à la thérapeutique. Nous l'avons modifié dans ce but.

Conservant notre tube fermé, nous avons introduit celui-ci dans un autre tube ouvert auquel il sert pour ainsi dire de mandrin ; les deux tubes sont introduits dans la cavité utérine : il sont solidaires l'un de l'autre et se manœuvrent exactement comme le seul tube fermé, pour l'exploration proprement dite. Mais si nous avons à pratiquer une biopsie, si nous voulons tamponner ou

cautériser la muqueuse, nous retirons simplement le tube intérieur, comme on retire le tube interne d'une canule de trachéotomie ; le tube externe reste en place et sert de conducteur pour mener l'instrument au point préalablement repéré.

Nous croyons avoir réalisé ainsi un appareil répondant à tous les desiderata de la méthode ; nous ne prétendons pas qu'il soit imperfectible et nous avons même l'espoir de pouvoir encore l'améliorer dans l'avenir ; mais nous sommes certain qu'il permet une exploration aussi nette et aussi précise que possible de la cavité utérine.

Nous avons présenté cet hystéroscope modifié à la Société d'obstétrique de Paris dans sa séance du 19 décembre 1907, en exposant en même temps les résultats très importants que nous avions obtenus de son emploi pour l'examen endoscopique de l'utérus puerpéral à l'état normal et à l'état pathologique (1).

Nous allons maintenant décrire complètement notre hystéroscope à éclairage interne : nous indiquerons ensuite le manuel opératoire ; puis avoir précisé les indications et contre-indications de l'hystéroscopie, nous aborderons l'étude des résultats cliniques et thérapeutiques obtenus à l'aide de ce procédé d'examen.

1. « De l'endoscopie de l'utérus après l'avortement et dans les suites de couches à l'état normal et à l'état pathologique », *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, décembre 1907.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION DE L'HYSTEROSCOPE A ECLAIRAGE INTERNE

Notre hystéroscope à éclairage interne se compose :

I. — De tubes hystéroscopiques.

II. — D'un appareil d'éclairage.

I. — **Tubes hystéroscopiques.** — L'appareil hystéroscopique comprend lui-même :

a) 1 mandrin ;

b) 1 tube externe ouvert à ses deux extrémités ;

c) 1 tube interne fermé par une glace.

Ces différentes pièces ont une longueur et un calibre variables suivant leur destination ; nous avons fait construire trois séries :

1) des tubes spécialement destinés à l'examen gynécologique pouvant être introduits avec une faible dilatation dans les *utérus de dimensions normales* ;

2) des tubes un peu plus volumineux destinés aux utérus augmentés de volume et en particulier à l'examen de l'*utérus après l'avortement* ;

3) Une série de gros tubes pour l'*utérus après l'accouchement*.

1. — *L'appareil hystéroscopique gynécologique.*

a) *Le mandrin.*

Il est en métal nickelé de forme cylindro-conique à extrémité arrondie et porte une petite encoche à l'extrémité qui est destinée à être introduite dans l'utérus ; cette encoche a pour but de permettre l'accès de l'air, d'empêcher le vide de se produire au

moment où l'on retire le mandrin du tube externe et d'éviter ainsi l'aspiration de la muqueuse utérine.

Fig. A. — Le tube externe (*t. e.*) muni de son mandrin (*m.*), prêt à être introduit.

b) *Le tube externe* (fig. A.).

C'est un tube cylindrique en nickel ; sa longueur est de 18 cm., son calibre est de 10 mm. 5. Il porte à l'une de ses extrémités un pavillon plat destiné à s'articuler au moyen d'une encoche et d'un petit tenon avec le manche de l'instrument.

L'autre extrémité qui doit pénétrer dans l'utérus est ouverte et coupée normalement.

La surface extérieure du tube porte une graduation en centimètres, ce qui permet le repérage facile d'une lésion intra-utérine.

c) *Le tube interne* (fig. B.).

Il a exactement la même forme et les mêmes dimensions que le précédent à l'intérieur duquel il doit être introduit. Il n'en diffère que par son extrémité terminale : celle-ci est *fermée* par une *glace de cristal*, très soigneusement ajustée et cimentée, de façon à rendre l'instrument complètement étanche. Cette glace dépasse un peu l'extrémité du tube et fait une très légère saillie hors de celui-ci.

Cette extrémité est démontable et se raccorde au reste du tube par un pas de vis ; elle peut donc être facilement nettoyée.

Fig. B. — Le tube interne fermé par une glace (*g.*).

Nous avons essayé en outre des tubes fermés dont l'extrémité est taillée en biseau, en bec de flûte espérant qu'ils permettraient de mieux voir les faces et les angles de l'utérus, les tubes droits devant servir principalement à l'exploration du fond de l'utérus. En réalité ces tubes obli-

ques sont le plus souvent inutiles. Ils peuvent cependant trouver leur indication dans certain cas, en particulier lorsque la cavité utérine très étroite, ne laisse pas pénétrer suffisamment le tube droit ou lorsqu'elle est remplie en partie par une tumeur quelconque : dans ce cas le biseau du tube arrive plus facilement à pénétrer et à glisser entre la tumeur et la paroi utérine.

2) *L'appareil pour l'utérus post abortum.*

La longueur du mandrin et des tubes est la même que précédemment ; mais le calibre est de 12 mm., ce qui donne un champ visuel plus étendu.

Ces pièces sont semblables aux précédentes.

3) *L'appareil pour l'utérus après l'accouchement à terme.*

La longueur des différentes pièces est de 22 centimètres.

Le calibre de 18 millimètres.

La configuration des tubes n'a rien de particulier.

II. — L'appareil d'éclairage. — Il consiste en : *a*) de petites lampes électriques minuscules, en forme de grains de blé, de

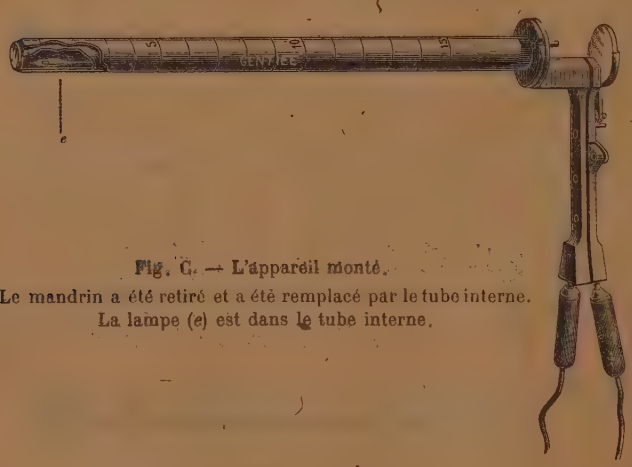


Fig. C. — L'appareil monté.
Le mandrin a été retiré et a été remplacé par le tube interne.
La lampe (*e*) est dans le tube interne.

3 volts 5, analogues à celles qui servent pour l'urétrhoscopie, montées sur de longues tiges ; la lampe montée vient affleurer exactement l'extrémité terminale du tube (fig. C., *e*).

Ces lampes sont des *lampes froides ; elles ne dégagent qu'une*

quantité de chaleur à peine appréciable, du moins tant qu'elles sont en bon état : elles chauffent très légèrement quand elles sont usées et plus résistantes : il faut alors les remplacer.

Elles ont une puissance lumineuse considérable.

b) *Un manche* formé de deux portions coudées à angle droit ; la portion horizontale reçoit la lampe et s'articule avec le tube hystéroscopique ; la portion verticale destinée à être tenue à la main reçoit les fils électriques ; elle est munie d'un petit *interrupteur* de courant ; enfin au niveau du coude formé par les deux portions du manche se trouve une petite fourche dans laquelle s'encastre une *lentille* dont le foyer correspond à la longueur du tube hystéroscopique.

c) *L'énergie électrique* est fournie par un petit accumulateur donnant un courant de 4 volts, très léger et très portatif.

En intercalant un rhéostat, on peut utiliser le courant de la ville.

CHAPITRE II

MANUEL OPERATOIRE

L'exploration endoscopique ne devra être faite qu'après un examen gynécologique attentif et complet de la malade. Il est nécessaire d'acquérir avant de faire l'hystéroscopie tous les renseignements que sont susceptibles de fournir les autres procédés d'exploration sur l'état de l'utérus et de ses annexes ; il faudra, au moyen du toucher vaginal, du palper bimanuel, de l'hystérométrie, se rendre un compte aussi exact que possible de la situation de l'utérus, normale ou déviée, de son volume, de sa consistance ; il faudra examiner le col et tâcher d'apprécier le degré de perméabilité du canal cervical. Il faut enfin connaître d'une façon précise l'état des trompes, des ovaires et du péritoine du petit bassin. Ce n'est que muni de ces notions indispensables que l'on pourra véritablement juger si l'hystéroscopie est ou non indiquée et que l'on pourra se rendre compte exactement des conditions dans lesquelles on doit la pratiquer. Il faudra, en effet, déterminer d'après l'état de l'utérus quelle sera la position la plus favorable à donner à la malade, quel devra être le calibre du tube hystéroscopique à employer, etc.

A. **Préparation de la malade**

a) Toute hystéroscopie doit, bien entendu, comme toute intervention à l'intérieur de la cavité utérine être précédée d'une *désinfection aussi soigneuse que possible des voies génitales.*

Aussi devra-t-on, pendant plusieurs jours, avant de pratiquer l'endoscopie, soumettre la malade à des injections vaginales répétées.

b) *Dilatation de l'utérus.* — L'endoscopie utérine n'est possible qu'à la condition que le canal cervical et la cavité du corps présentent une perméabilité suffisante pour livrer facilement passage aux tubes hystéroscopiques. Dans nombre de cas, cette perméabilité existe, notamment après l'accouchement ou l'avortement et l'on pourra procéder à l'endoscopie séance tenante, sans avoir recours à une dilatation préalable. Mais le plus souvent, il sera nécessaire de dilater l'utérus.

Cette dilatation peut être, soit *extemporanée* à l'aide de bougies de Hégar ou d'un des divers dilatateurs utérins. Dans les cas où l'on est très pressé, où l'on a besoin d'un renseignement immédiat, on peut avoir recours à cette dilation rapide. Mais pour notre part, nous nous en servons rarement ; nous préférons de beaucoup la *dilatation lente* à l'aide de tiges de laminaire.

La veille du jour où nous voulons pratiquer l'examen endoscopique nous introduisons dans le canal cervical, après une antisepsie vaginale soignée, une laminaire de calibre variable suivant la perméabilité du col, mais aussi grand que possible.

Le lendemain nous avons en général une dilatation suffisante, Mais si, dans les utérus très volumineux, par exemple, nous voulons pouvoir nous servir d'un tube hystéroscopique d'assez gros calibre, nous complétons la dilatation en passant quelques grosses bougies de Hégar.

Que l'on ne nous reproche pas cette dilatation préalable et nécessaire comme un inconvénient ou une complication de la méthode : elle est en effet le premier temps obligatoire de toute intervention et de toute thérapeutique intra-utérine.

En outre nous avons remarqué à maintes reprises, et c'est un point sur lequel nous reviendrons, que la *dilatation a une influence très heureuse sur les métrorrhagies ;* bien souvent les malades que nous avons soumises à l'examen hystéroscopique ont cessé de perdre du sang dès le jour de l'examen sans qu'il

eut été fait de thérapeutique spéciale ; nous n'hésitons pas à attribuer à la dilatation cet arrêt de métrorrhagies souvent très rebelles ayant résisté à un repos prolongé au lit ; et comme la grande majorité des femmes que l'on est appelé à hystéroscoper perdent du sang en plus ou moins grande abondance, la dilatation ne pourra que leur être utile.

B. Préparation des instruments

Les instruments nécessaires sont :

1° Un *spéculum* ou des *valves* : le spéculum a l'avantage de ne pas nécessiter d'aides, mais le spéculum de Kusko ne donne pas un jour suffisant. On peut se servir du large spéculum que Clado avait fait construire spécialement pour l'hystéroscopie (1). Nous ne nous en servons jamais ; mais nous employons un large spéculum bivalve dont les deux valves s'écartent complètement l'une de l'autre et sont maintenues distantes par une vis. Ce spéculum qui est d'un modèle courant, donne un espace considérable, toujours suffisant.

2° Deux pinces de Museux pour abaisser et maintenir le col.

3° Des pinces à pansement.

4° Des porte-cotons intra-utérins en cuivre rouge souple, qui servent à essuyer l'utérus et à faire les badigeonnages médicamenteux.

5° Une curette dans les cas où l'on soupçonne une rétention placentaire.

6° Une petite pince curette longue, à bec de canard, analogue à la pince de Kollmann (fig. D.). Cette pince a une longueur correspondant à celle des tubes hystéroscopiques, et un diamètre extrêmement réduit, de façon à pouvoir facilement être introduite et manœuvrer à l'intérieur des tubes endoscopiques : ses mors, très courts, s'ouvrant en bec de canard sont en forme de petites cuillers légèrement tranchantes. Il est

1. Voir *Traité d'hystéroscopie*, p. 75.

extrêmement facile avec cette petite pince, d'aller à travers un tube saisir et détacher un fragment de tumeur ou de placenta qui y fait saillie, soit pour faire une biopsie soit au point de vue thérapeutique.

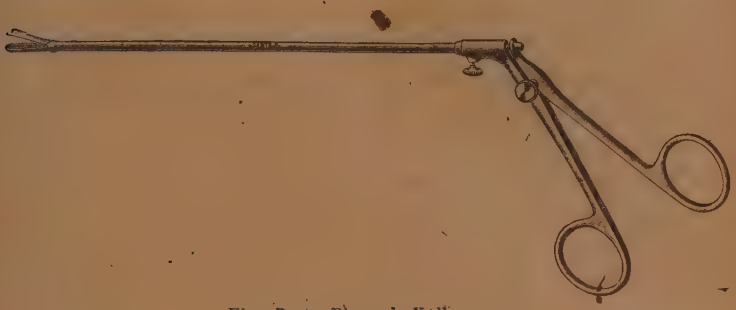


Fig. D. — Pince de Kollmann.

7° Une sonde intra-utérine.

On choisira un tube hystéroscopique d'un calibre en rapport avec les dimensions de l'utérus à examiner.

Stérilisation. — Les tubes (tube extérieur muni de son mandrin, et tube intérieur), doivent être stérilisés à haute température, soit par la chaleur sèche, au Poupinel, soit à l'autoclave, et portés à une température de 130 à 140°. L'ébullition a l'inconvénient de ternir la glace du tube fermé : à la rigueur on pourrait se contenter de ce dernier mode de stérilisation à condition de sécher soigneusement le tube avant de s'en servir.

Quant aux autres instruments ils seront stérilisés soit par le flambage, soit au Poupinel, soit à l'autoclave, soit par la simple ébullition.

C. Technique de l'examen hystéroscopique

A. — **Position de la malade.** — Dans les cas courants, la malade sera placée soit sur la table d'opération, soit dans son lit, si l'examen est fait au domicile de la malade, *dans la position gynécologique habituelle dorso-sacrée*. Si la malade est dans le lit, il sera nécessaire de lui soulever assez fortement le bassin au moyen de coussins.

B. — **Anesthésie.** — L'opération étant absolument indolore, il est presque toujours inutile de recourir à une anesthésie quelconque, sauf dans les cas où l'on a affaire à une femme très nerveuse, qui se débat et s'agite et gêne pour cela l'examen. Le cas ne s'est jamais présenté pour nous. Dans ces circonstances exceptionnelles on pourra faire inhaler à la malade quelques bouffées de chlorure d'éthyle, anesthésique sans danger et qui donne un sommeil de quelques minutes, assez long pour la durée de l'endoscopie.

C. — **Antisepsie vulvo-vaginale.** — On fera une antisepsie aussi soignée que possible de la vulve qui sera rasée et savonnée et du vagin qu'on lavera comme pour une véritable opération. On fera ensuite une injection intra-utérine à l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée qui débarrassera la cavité de la matrice du sang et des mucosités qu'elle peut contenir et qui sera légèrement hémostatique. La cavité utérine sera ensuite essuyée et asséchée au moyen de petits tampons de coton.

D. — **Hémostase utérine.** — Quoique dans la majorité des cas, le saignement de la muqueuse ne soit pas un obstacle à l'hystéroscopie avec notre appareil, il est des cas où le suintement sanguin est vraiment trop abondant et peut devenir gênant. On se trouvera bien alors de faire avant l'hystéroscopie un badigeonnage intra-utérin avec une solution hémostatique. On peut se servir d'une solution concentrée d'antipyrine, on bien d'une solution de cocaïne. Nous employons toujours *l'adrénaline au 1/1000* avec laquelle nous badigeonnons soigneusement au moyen d'un porte-coton toute la surface de la muqueuse. L'écoulement sanguin est alors beaucoup moins abondant et devient négligeable.

E. — **Introduction et manœuvre de l'hystéroscope.** — 1° *Abaissement de l'utérus.* — Les parois vaginales étant largement écartées soit au moyen de valves, soit au moyen du large spéculum que nous avons décrit plus haut, on introduit l'hystéroscope. Cette introduction peut se faire *avec ou sans abaissement de l'utérus.* Celui-ci n'est en effet pas indispensable, et il vaut même mieux s'en abstenir dans tous les cas où il y a des lésions

annexielles, et lorsqu'il y a eu une réaction de pelvi-péritonite récente ou ancienne ; s'il y a eu une poussée inflammatoire récente on pourrait craindre de réveiller les lésions ; dans les cas anciens où il reste autour de l'utérus des adhérences plus ou moins serrées on ne les soumettrait pas sans inconvénient à des tiraillements plus ou moins énergiques. C'est également à cette conclusion qu'était arrivé Clado, qui recommande de se garder de faire prolaber l'utérus dans tous les cas « où l'inflammation, la lésion quelconque aura dépassé les limites de la cavité utérine pour gagner les annexes ou le paramétrium ».

Il va sans dire qu'un toucher vaginal extrêmement soigneux, sur les détails duquel nous n'avons pas à insister, aura renseigné préalablement l'opérateur sur l'état de l'appareil génital.

Dans toutes les autres conditions, c'est-à-dire quand la lésion, quelle qu'elle soit est strictement limitée à la cavité utérine *il vaut mieux abaisser l'utérus*. Son abaissement et sa fixation faciliteront de beaucoup la manœuvre de l'hystéroscope.

On saisira donc la lèvre postérieure du col, au moyen d'une forte pince de Museux qui sera bien serrée afin de ne pas déraper. Elle servira de point de repère et de point d'appui. En exerçant sur elle une *traction très modérée*, on obtiendra un abaissement de quelques centimètres très largement suffisant. Du reste il s'agit plutôt de *fixer* l'utérus que de l'abaisser réellement.

2° *Introduction.* — Le tube extérieur armé de son mandrin est poussé doucement jusqu'au fond de la cavité utérine ; il y pénètre et y glisse avec la plus extrême facilité, s'il ne rencontre pas d'obstacle (tumeur intra-utérine, placenta, etc.). Même si la matrice a subi un léger degré de version ou de flexion, elle se redresse facilement à mesure que le tube avance, à condition que ces vices de position ne soient pas fixés, ce qui est d'ailleurs une contre-indication de l'hystéroscopie, comme nous le verrons plus loin. Le tube arrive ainsi jusqu'au contact du fond de l'organe, ce dont l'opérateur est averti par une légère sensation de résistance ; *dans aucun cas il ne faut pousser avec force* ; si le tube ne pénètre pas de lui-même, c'est qu'il y a un obstacle qu'il faut contourner ; dans les cas où la paroi abdominale est très mince, et surtout

quand on a affaire à un utérus puerpéral après l'accouchement, on peut facilement, avec une main placée sur le ventre de la malade percevoir l'extrémité du tube et reconnaître qu'il a bien atteint le fond de l'organe : en outre la main abdominale redresse l'antéflexion physiologique de l'utérus.

On *retire alors le mandrin* ; le tube est maintenu en place par la main gauche. Au moyen d'un porte-coton on essuie la partie de la cavité située à l'extrémité du tube et on remplace le mandrin par le tube intérieur, fermé d'une glace que l'on pousse directement, à fond, sans hésitation cette fois, jus-

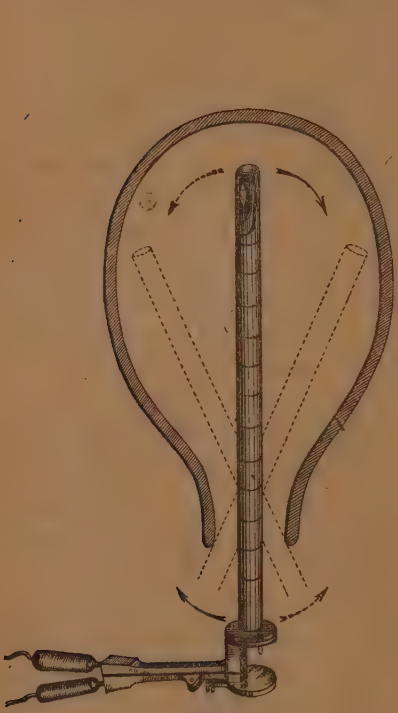


Schéma 1.

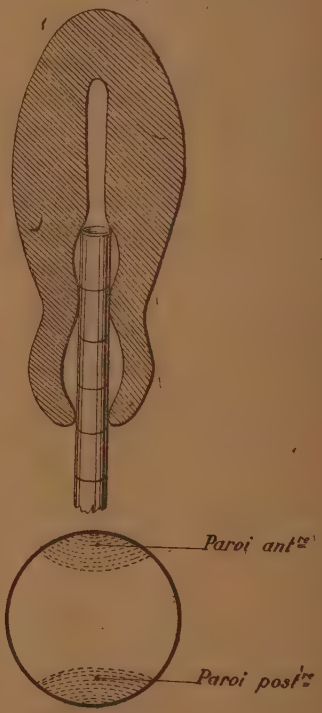


Schéma 2-3.

qu'à ce que son pavillon soit au contact de celui du tube externe. On introduit ensuite dans le tube interne la lampe toute allumée ; on la pousse également à fond et on fixe le manche au pavillon

du tube externe. On relève la lentille devant l'extrémité du tube et il ne reste plus qu'à regarder.

3° *Manœuvre du tube hystéroscopique.* — La première région qui se présente dans ces conditions à l'œil de l'opérateur est la partie moyenne du fond de l'utérus : il en examine avec soin les moindres détails ; *il est nécessaire pour que la vision soit nette que l'extrémité du tube arrive presque au contact de la paroi utérine.* La zone comprise dans le champ de l'appareil étant examinée à fond, on explore les autres portions du fond ; il suffit pour cela de donner à l'extrémité externe du tube une inclinaison à droite ou à gauche du plan sagittal en avant ou en arrière du plan frontal plus ou moins marquée pour passer en revue successivement tous les points de la surface du fond (fig. 1).

Pour explorer les angles, les *cornes* de l'utérus, l'extrémité du tube restant au contact du fond de l'organe, il suffit d'exagérer ce mouvement de bascule de part et d'autre de la ligne médiane pour avoir dans le champ de l'hystéroscope d'abord une des cornes, puis l'autre.

Restent à examiner les *faces* de l'utérus : on retire alors très légèrement l'appareil ; on voit immédiatement les deux faces de l'organe tendre à se rejoindre au-devant de la lumière du tube (fig. 2) et il est très facile de les examiner ; on retire ainsi progressivement en imprimant à l'hystéroscope de petits mouvements de va-et-vient, on peut ainsi explorer toute une bande verticale située sur la ligne médiane sur les deux parois antérieure et postérieure (fig. 3). Parvenu au niveau de l'isthme on enfonce de nouveau le tube jusqu'au fond, on l'incline légèrement à droite ou à gauche et en retirant on examine une nouvelle bande verticale.

Mais lorsque l'on a tant soit peu l'habitude de manœuvrer l'instrument il devient très facile de lui faire exécuter en le retirant de petits mouvements de circumduction qui permettent à la lumière du tube de *faire pour ainsi dire le tour* de la cavité utérine ; en retirant on voit des portions de plus en plus rapprochées de l'isthme.

Comme pour voir les cornes utérines, il est nécessaire, pour

examiner les *angles latéraux* de la cavité d'incliner assez fortement l'extrémité externe du tube à droite ou à gauche.

D'autre part, il arrive souvent, lorsque la cavité utérine est très agrandie et que les parois en sont assez rigides (comme dans les cas de fibrome par exemple) il arrive que les parois antérieure et postérieure ne viennent pas au contact comme nous le décrivions tout à l'heure ; il faut alors pour les suivre incliner *très fortement* le manche de l'instrument, en bas si l'on veut voir la paroi antérieure, en haut si l'on veut explorer la paroi postérieure.

Dans certains cas cet examen des faces de l'organe sera facilité par certaines positions de la malade ; par la *position de Trendelenburg*, ou au moins par la position inclinée du bassin (pour la *paroi antérieure*) ou par la *position genu-pectorale* (pour la *paroi postérieure*).

Position inclinée du bassin. — Cette position sera encore très utile dans les cas d'*antéversion légère* ; dans cette situation l'utérus bascule en arrière et la paroi antérieure vient se mettre en rapport avec la lumière du tube ; dans ces cas la paroi postérieure est toujours facile à voir et vient pour ainsi dire s'offrir d'elle-même à la lumière de l'hystéroscope.

Position genu-pectorale. — On devra au contraire mettre la malade dans cette situation lorsqu'il existe un certain degré de rétroversion mobile ; il se produit dans ce cas le phénomène inverse ; c'est la paroi antérieure qui est la plus facile à voir dans la position dorso-sacrée ; et la position genu-pectorale a pour effet de faire basculer l'utérus en avant et d'amener devant l'appareil la paroi postérieure.

Mais il est assez rare que l'on soit réellement obligé d'y avoir recours et elle n'est indispensable que dans les cas extrêmes. *Dans l'immense majorité des cas la position légèrement relevée du bassin suffit pour toute l'exploration et l'on peut se borner à relever ou à abaisser fortement le manche de l'hystéroscope pour voir suffisamment les deux faces de l'organe.*

Après avoir ainsi exploré la cavité du corps dans ses moindres détails, on fait subir le même examen à la *cavité cervicale*, exa-

men qui est ici tout à fait facile, ces parois du col étant intimement au contact du tube.

L'examen terminé, s'il n'y a pas d'intervention spéciale à faire, il est bon de faire une injection intra-utérine ; de plus nous avons l'habitude, surtout dans les cas de métrorrhagies, de faire suivre l'examen hystéroscopique d'un léger badigeonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode, qui est à la fois hémostatique et antiseptique et qui supprime les effets d'une contamination infectieuse toujours possible.

ENDOSCOPIE DE L'UTÉRUS PUERPÉRAL

Après l'accouchement, l'examen endoscopique de l'utérus est particulièrement facile. La cavité utérine est alors largement perméable et il va sans dire que toute dilatation préalable est inutile dans ce cas. Plus encore qu'en dehors de la puerpéralité les précautions d'asepsie devront être minutieuses ; la désinfection de la vulve et du vagin sera faite d'une façon aussi soigneuse que possible ; on fera une large irrigation intra-utérine pour débarrasser la cavité des caillots et des débris qui existent toujours plus ou moins après l'accouchement. On se servira pour l'examen d'un *tube aussi long et d'un aussi fort calibre* que possible, car il y a intérêt à avoir dans le champ de l'hystéroscope une zone aussi large que possible et les dimensions de l'organe admettent de très gros tubes : pratiquement notre tube de 18 millimètres de diamètre et de 22 centimètres de longueur suffit ordinairement.

La manœuvre est exactement la même que dans l'examen habituel : il faudra faire exécuter à l'endoscope les mêmes mouvements pour explorer les diverses portions de la cavité. Mais il est très utile ici de faire déprimer par la main d'un aide appuyant à travers la paroi abdominale sur le fond de l'utérus qui vient alors s'offrir au-devant de l'instrument.

L'examen terminé, on fera une nouvelle irrigation utérine très copieuse (10 à 12 litres d'eau bouillie faiblement oxygénée), on asséchera avec grand soin la cavité utérine au moyen de mèches de gaze montées sur de longues pinces à pansement et l'on mettra

une mèche de gaze aseptique dans le vagin. Tout cela, bien entendu, sans préjudice du traitement spécial que pourraient réclamer les lésions qu'aura permis de constater l'examen hystéroscopique.

CHAPITRE III

INCONVENIENTS DE L'HYSTÉROSCOPIE

Les inconvénients de l'examen hystéroscopique sont absolument nuls. D'abord, au point de vue douleur; l'endoscopie de l'utérus est une exploration absolument *indolore* ; jamais nous n'avons vu les malades que nous avons examinées accuser la plus légère souffrance, ni *pendant* ni après l'opération : bien plus, l'introduction et la manœuvre du tube ne *sont même pas perçues* par la malade. De sorte, comme nous le disions au début de ce chapitre, qu'il est absolument superflu de recourir à toute espèce d'anesthésie soit générale, soit locale.

Jamais non plus nous n'avons vu de phénomènes infectieux suivre nos explorations; jamais nos malades n'ont présenté d'élévation thermique dans les jours qui ont suivi et nous n'avons pas eu à déplorer le moindre incident du côté des annexes ou du péritoine. Cependant nous devons rappeler le cas malheureux rapporté par *Bumm*, et que nous avons déjà signalé ; ce gynécologue observa à la suite d'une tentative hystéroscopique une contamination de la trompe et l'éclosion d'une salpingite blennorrhagique ; celle-ci guérit d'ailleurs très facilement sous l'influence du traitement.

On a cependant reproché à la méthode d'exposer à des infections secondaires et on l'a considérée comme dangereuse en particulier dans les cas d'infection puerpérale. Aucun danger n'est à redouter si l'on se conforme aux prescriptions que nous avons énumérées : nous ne voyons d'ailleurs pas quel danger il peut y

avoir à introduire dans l'utérus un instrument qui n'est pas traumatisant et qui a été soigneusement stérilisé.

Enfin nous insistons sur la facilité et la simplicité réelle de toute cette manœuvre endoscopique qui peut paraître un peu compliquée au premier abord surtout à la lecture, mais qui ne demande que quelques instants pour peu qu'on en ait l'habitude.

Difficultés de l'hystéroscopie

D'après ce que nous venons de dire on peut conclure que l'hystéroscopie ne présente jamais d'inconvénients appréciables et l'on peut s'étonner de nous voir étudier dans un chapitre spécial les difficultés de la méthode. Cependant l'endoscopie de la cavité utérine ne se fait pas toujours d'une façon aussi simple que dans les cas types que nous avons choisis pour en donner la description. Mais ces difficultés ne sont jamais insurmontables avec notre appareil et ne compliquent jamais très sérieusement le manuel opératoire.

Clado les groupait de la façon suivante :

1° Douleurs.

2° Contractions utérines.

3° Cavité utérine trop spacieuse.

4° Cavité utérine trop étroite ou déviée.

5° Obstacle qui empêche la progression du tube hystéroscopique.

6° Impuretés.

7° Hémorragies.

Nous allons passer en revue ces divers obstacles et nous verrons comment on peut toujours facilement en triompher.

1° *Douleurs.* — Nous avons dit que l'endoscopie telle que nous la pratiquons, et dans les cas où elle est indiquée, est toujours une opération indolore : bien plus, nous le répétons, l'introduction et la manœuvre de l'instrument sont à peine perçues par la malade. On sait d'ailleurs combien la muqueuse utérine est peu sensible dans l'immense majorité des cas, et notre appareil, par-

faitement lisse et poli, manœuvré avec douceur, après une dilatation suffisante ne peut la traumatiser en aucune façon.

L'endoscopie ne pourrait être douloureuse que dans les cas où il existe une inflammation aiguë périmétritique ou annexielle ; dans les cas où il y a pelvi-péritonite aiguë ou salpingite douloureuse : or dans ces cas, comme nous le verrons au chapitre des contre-indications il est préférable de s'abstenir. Dans ces conditions ce n'est d'ailleurs pas la manœuvre du tube endoscopique qui est douloureuse par elle-même ; ce sont les tractions sur le col pour abaisser l'utérus qui exercent des tiraillements sur sur le péritoine pelvien ou sur les annexes enflammées.

L'abaissement de l'utérus peut encore être un peu douloureux quand il existe des lésions de périmétrite anciennes avec des adhérences étroites : là encore c'est le tiraillement du péritoine qui est douloureux. Il faut alors réduire au minimum cet abaissement de la matrice qui n'est pas indispensable, et se borner à maintenir et à fixer le col au moyen de la pince de Museux.

Ce n'est que dans le cas où la malade est particulièrement sensible que l'on pourra recourir à l'anesthésie générale pour laquelle le chlorure d'éthyle sera parfaitement suffisant. Quant à l'anesthésie locale au moyen de badigeonnages à la cocaïne ou à la stovaïne, il est évident qu'elle ne peut rendre de services dans ces cas puisque ce n'est pas la cavité utérine qui est douloureuse mais le paramétrium sur lequel l'anesthésie locale ne peut avoir d'action.

2° *Contractions utérines.* — Il est très rare qu'elles soient un obstacle sérieux à l'hystéroscopie en dehors de l'état puerpéral. Il arrive cependant, comme Clado l'avait déjà fait remarquer, que l'on soit arrêté au niveau de l'isthme par une contraction spasmodique. On arrive en général à la vaincre en passant dans le col avec prudence et lenteur quelques bougies de Hégar de calibre croissant, qui exercent un véritable massage sur le muscle et qui font disparaître le spasme. Mais il faut procéder avec la plus grande douceur et ne jamais forcer l'utérus, mieux vaut attendre ; c'est donc dans ce cas que l'on pourra recourir

utilement aux badigeonnages intra-utérins à la stovaïne ou à la cocaïne.

Les contractions utérines sont beaucoup plus gênantes et beaucoup plus fréquentes lorsque l'on a affaire à l'utérus d'une femme récemment accouchée. Le col est alors en général suffisamment perméable et ce n'est pas de lui que vient l'obstacle. Mais il se produit quelquefois au niveau du corps utérin des *anneaux de contraction* qui peuvent cloisonner pour ainsi dire la cavité utérine et opposer un très réel obstacle à la progression du tube. Il faut alors faire exercer par la main d'un aide de très légères frictions sur l'utérus à travers la paroi abdominale : le spasme se calme en général au bout de quelques instants. S'il persiste il est préférable de renoncer à l'hystéroscopie.

3° *Cavité utérine trop spacieuse.* — Cette condition n'augmente pas en réalité les difficultés de l'examen endoscopique. Mais il est indispensable de se servir de *tubes de calibre d'autant plus fort que la cavité utérine est plus spacieuse*. Il est facile d'en comprendre la raison ; en employant des tubes de petit calibre dans un grand utérin, on risquerait fort de passer complètement à côté de lésions importantes (1). Une comparaison fera facilement saisir la réalité de ce fait. Si l'on examine une préparation

1. Nous avons rencontré cette cause d'erreur chez une malade chez laquelle M. le docteur Routier avait bien voulu nous autoriser à pratiquer l'examen endoscopique. Il s'agissait d'une femme qui avait fait récemment un avortement et chez laquelle on soupçonnait une rétention placentaire en raison de métrorrhagies rebelles. Chez cette malade nous fîmes l'hystéroscopie sans avoie fait préalablement un toucher vaginal pour nous rendre compte des dimensions de l'utérus ; or celui-ci était assez volumineux ; nous nous servîmes de notre plus petit tube et nous ne vîmes pas de débris placentaire ; or, le toucher intra-utérin pratiqué immédiatement après l'hystéroscopie montra l'existence d'un gros fragment de placenta que la curette eut beaucoup de peine à extraire, *car on tournait tout autour* avec l'instrument sans parvenir à le rencontrer, la même chose s'était produite avec notre tube endoscopique, et ne nous serait certainement pas arrivée si nous nous étions servi d'un tube de gros calibre dans la lumière duquel nous aurions sans doute pu voir un fragment de placenta. Ce fait d'ailleurs unique ne doit donc pas servir

microscopique avec un objectif à faible grossissement qui donne un champ relativement vaste, on voit l'ensemble de la préparation et l'on n'en laisse passer aucune région. Si au contraire on la regarde avec un faible grossissement, le point de la préparation contenue dans le champ est beaucoup plus restreint ; aussi même en parcourant la préparation en tous sens est-il souvent très difficile de retrouver un point déterminé de celle-ci et l'on peut passer à côté des détails que l'on cherche. La même chose se passe dans l'hystéroscopie : si l'on se sert d'un tube de faible calibre pour explorer une cavité utérine très dilatée on risquera fort de tourner autour de la région intéressante à examiner sans la rencontrer. Il est bien évident qu'il y a tout intérêt à avoir sous les yeux une zone de la paroi utérine aussi vaste que possible.

Aussi tandis que dans les cas habituels nous employons un tube d'un calibre de un centimètre, nous conseillons de se servir d'un tube de 12 mm. au moins dans les cas où la cavité est assez large, dans les cas de fibrome par exemple, ou après les avortements dans les premiers mois de la grossesse. Enfin dans les utérus puerpéraux il faut user de tubes aussi larges que possible : en moyenne le calibre de 18 mm. nous a semblé suffisant.

4° Cavité utérine très étroite ou déviée. — L'étroitesse de la cavité utérine n'est presque jamais une cause de difficulté pour l'examen endoscopique ; en effet on peut presque toujours obtenir au moyen de tiges de laminaire une dilatation suffisante pour pouvoir faire un examen vingt-quatre heures après. Si l'on est obligé de procéder à l'examen séance tenante, on peut avec de la douceur et de la patience obtenir un calibre suffisant au moyen de bougies de Hégar ou au moyen d'un dilatateur utérin prudemment manié.

d'argument contre l'hystéroscopie, car il est dû à une faute de technique très facile à éviter en se rendant préalablement un compte exact des dimensions de la cavité utérine et en choisissant un tube de calibre approprié.

Cependant on pourra, très exceptionnellement, rencontrer de petits utérus très scléreux qui refuseront de se laisser dilater. Dans ces cas, que nous n'avons jamais rencontrés, on sera obligé de renoncer à l'examen endoscopique car on ne peut réduire à l'infini le calibre des tubes hystéroscopiques. Mais la cavité utérine peut être *déviée* ; nous reviendrons sur ces cas à propos des contre-indications de la méthode ; la déviation peut tenir à une flexion de l'organe qui reste mobile, sans adhérences : alors l'action de la tige de la laminaire suffit en général pour redresser l'utérus et rendre à la cavité sa direction normale, mais si la flexion de l'utérus est maintenue irréductible par des adhérences, l'hystéroscopie est impossible. C'est une éventualité qui se présente de temps à autre en clinique ; on s'est basé sur cette impossibilité de l'endoscopie dans les déviations adhérentes pour rejeter la méthode, une telle manière de faire est évidemment exagérée ; nous savons bien que nous ne pouvons pas employer ce procédé *dans tous les cas*, mais ce n'est pas une raison pour ne pas s'en servir quand il est possible, c'est-à-dire le plus souvent.

5° *Obstacle opposé à la progression du tube.* — Il arrive souvent que l'instrument, à peine introduit dans la cavité utérine, soit arrêté par la présence d'une tumeur ou même d'un corps étranger ; mais ceci ne constitue pas une difficulté, au contraire : en effet il suffit de regarder pour voir la tumeur qui barre la route et reconnaître son aspect macroscopique, ce qui est déjà un résultat appréciable. En outre, dans ces cas il est bon d'employer un tube à extrémité en biseau ; en regardant la tumeur avec attention on pourra voir l'interstice qui la sépare de la paroi utérine et l'on pourra le plus souvent y faire pénétrer l'extrémité de l'instrument qui arrivera alors à cheminer plus ou moins profondément et il sera ainsi facile de se rendre compte de l'étendue de la zone d'implantation, et des connexions de la tumeur. S'il est impossible de pénétrer plus avant, l'hystéroscopie aura du moins permis de voir directement la tumeur au lieu d'en avoir simplement le contact par l'intermédiaire d'un hystéromètre ou d'une curette.

6° *Impuretés.* — Elles ne sauraient dans aucun cas entraver réellement l'examen endoscopique : qu'elles soient constituées par des sécrétions muqueuses ou purulentes, par des débris de muqueuse sphacélée, des débris de placenta ou de tumeur, il est tout ce qu'il y a de plus facile de s'en débarrasser par un lavage préalable et un nettoyage de la cavité utérine au moyen de petits tampons de coton. D'ailleurs les sécrétions pathologiques ne sont pas un obstacle à la vision avec notre appareil, car grâce à l'éclairage puissant elles deviennent transparentes sous une faible épaisseur, et laissent voir les tissus sous-jacents.

7° *Saignement de la cavité utérine.* — L'écoulement sanguin a toujours été le principal obstacle rencontré par les expérimentateurs qui se sont livrés à des tentatives d'hystéroscopie et qui a obligé un certain nombre d'entre eux à renoncer à cette méthode. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce sujet. Clado lui-même a été souvent gêné par un écoulement sanguin abondant et il décrit minutieusement les précautions à prendre en cas d'hémorragie abondante ; avec les tubes hystéroscopiques fermés, le sang ne constitue plus un inconvénient appréciable. Nous avons déjà dit que lorsque l'endomètre saigne abondamment, il est indiqué de faire préalablement une large irrigation intra-utérine à l'eau oxygénée, suivie d'un badigeonnage de la muqueuse avec une solution d'adrénaline au 1/1000. Mais même lorsque le suintement persiste on peut cependant voir la muqueuse de la façon la plus nette ; il suffit d'appliquer la glace de l'instrument contre la paroi utérine ; le sang est refoulé ; il en reste évidemment une couche très mince entre la muqueuse et l'instrument, mais elle devient transparente grâce à l'éclairage et ne gêne nullement la vision.

Telles sont les principales difficultés que l'on peut rencontrer dans la pratique de l'hystéroscopie. Nous avons tenu à les passer toutes en revue même celles qui nous paraissent les plus négligeables. En résumé, dans tous les cas où l'examen endoscopique est indiqué, et à *part les très rares contre-indications* que nous allons signaler maintenant cette exploration ne peut rencontrer de difficulté sérieuse.

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS DE L'HYSTEROSCOPIE

Doit-on et peut-on se servir *dans tous les cas* du moyen d'exploration que nous préconisons ?

Il existe à la vérité à l'emploi de ce procédé quelques contre-indications peu nombreuses mais très formelles. Nous en avons déjà fait pressentir quelques-unes chemin faisant. Nous allons maintenant les préciser.

a) Tout d'abord, et cela va sans dire, il ne faudra recourir à l'endoscopie que lorsque l'interrogatoire et l'examen approfondis de la malade *auront fait rejeter d'une façon absolue toute idée de grossesse*. Cela peut sembler une naïveté de le dire, mais il arrive si souvent que l'on ait à ce sujet des surprises, dues quelquefois à la mauvaise foi des malades, qu'il ne nous paraît pas superflu d'insister sur cette possibilité de grossesse qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit lorsque l'on veut se livrer à une exploration gynécologique quelconque.

b) Une contre-indication importante est tirée de l'existence de *lésions inflammatoires périutérines*. C'est ainsi que dans les cas où une altération utérine se compliquera de *pelvi-péritonite* en activité il faudra attendre pour pratiquer l'hystéroscopie que les phénomènes aigus se soient calmés ; il est évident que les manœuvres d'abaissement de l'utérus, la dilatation par la laminaire pourraient influencer ces lésions d'une manière fâcheuse.

La même abstention se recommande lorsqu'il existe une *salpingite aiguë*.

c) On devra encore renoncer à ce procédé d'exploration en cas de *déviation utérine irréductible*. Dans tous les cas où l'utérus est mobile, où il existe simplement un certain degré de version facile à redresser, l'hystéroscopie est applicable ; mais si au contraire on a affaire à une *rétroflexion adhérente* l'hystéroscopie ne sera guère praticable et ne pourra donner que peu de renseignements puisque le tube endoscopique ne pourra, en raison de la direction anormale de la cavité utérine pénétrer jusqu'au fond de celle-ci.

d) Enfin il faudra, à notre avis, s'abstenir dans les cas de *néoplasme cervical très végétant ;* l'endoscopie n'est pas très utile dans ces cas puisque le diagnostic est pour ainsi dire évident ; en outre, la cavité cervicale est alors tellement irrégulière et tellement sinueuse que la dilatation par la laminaire est très difficile et que le tube ne peut que difficilement se frayer un chemin. En pareille occurrence, si l'on veut se rendre un compte exact de l'extension des lésions au corps utérin, il faut avant de faire l'endoscopie faire un curettage sérieux du col, et détruire en partie les végétations néoplasiques au moyen de caustiques ou à l'aide du thermocautère.

Telles sont, à notre avis, les circonstances peu nombreuses dans lesquelles on devra renoncer à ce moyen d'investigation. Même en faisant abstraction de ces *noli me tangere*, le champ de l'hystéroscopie reste encore suffisamment vaste.

CHAPITRE V

INDICATIONS

Il est indiqué de faire l'examen visuel de la cavité utérine soit *au point de vue du diagnostic*, soit *au point de vue du traitement*.

D'une manière générale, on peut dire que l'endoscopie utérine nous permet :

1° De faire un diagnostic extrêmement précis de toutes les lésions intra-utérines ;

2° De poser des indications très précises relatives au traitement ;

3° De contrôler les résultats du traitement ;

4° De faire quelques interventions intra-utérines sous le contrôle de la vue.

I. — Indications de l'hystéroscopie au point de vue du diagnostic

Ces indications doivent être envisagées :

A. — En dehors de l'état puerpéral ;

B. — Dans la puerpéralité ; après l'avortement ou dans les suites des couches.

A. — **En dehors de l'état puerpéral.** — Il n'est guère d'état pathologique de l'utérus dans lequel l'hystéroscopie ne puisse fournir des renseignements utiles, et il en est beaucoup dans les-

quels d'endoscopie peut seule permettre de faire un diagnostic précis.

a) Dans la pratique gynécologique, le symptôme capital qui commande l'hystéroscopie est constitué par les *métrorrhagies*.

On sait en effet combien est difficile dans la plupart des cas le diagnostic éthiologique des hémorragies pathologiques de l'utérus lorsqu'il n'existe pas de tumeur évidente de cet organe. Bien souvent on hésite entre une simple métrite, qualifiée d'hémorragie faute de diagnostic plus précis, et un polype muqueux, un petit fibrome sous-muqueux, etc., voire même un épithélioma au début. Nous avons déjà insisté sur l'insuffisance fréquente de nos moyens d'investigation usuels dans ces cas ; le toucher combiné ne donne pas de renseignements suffisants si la lésion siège seulement à l'intérieur de la cavité utérine, l'hystéromètre ne permet pas d'apprécier des saillies qui ne sont pas assez volumineuses pour être perçues avec un instrument ; le toucher intra-utérin lui non plus ne permet pas de sentir des néoformations très petites et souvent contenues dans une des cornes utérines.

C'est alors que l'endoscope intervient utilement en montrant avec précision une petite tumeur si peu volumineuse et si bien cachée soit-elle ; en permettant de constater des lésions d'endométrite simple dont on peut, grâce à lui, apprécier la forme et le degré, en permettant enfin d'appliquer un traitement exactement approprié à la maladie.

b) Il est encore indiqué de pratiquer l'examen endoscopique de l'utérus quand on se trouve en présence de malades se plaignant simplement d'*écoulements leucorrhéiques*. En pareil cas, si le toucher ne révèle rien d'anormal, on pose habituellement le diagnostic de métrite ; or l'hystéroscopie peut donner des renseignements utiles, comme nous le verrons plus loin, sur la variété anatomique de l'endométrite : en outre, elle permet quelquefois de découvrir un petit polype muqueux ou un petit fibrome sous-muqueux n'ayant pas encore donné lieu à beaucoup de symptômes et n'ayant pas encore provoqué d'hémorragies.

c) Le symptôme *douleur*, lorsqu'il existe seul, est rarement une

indication de l'examen hystéroscopique ; en effet, les lésions intra-utérines, seules justiciables de l'endoscopie, sont par elles-mêmes peu douloureuses : les femmes qui souffrent de leur utérus sont le plus souvent atteintes de déviations utérines, surtout de rétroversion, ou bien elles ont des lésions annexielles, pelvi-péritonites ou salpingo-ovarites anciennes ou récentes, pour le diagnostic desquelles l'hystéroscopie n'est d'aucun secours : lorsque le cancer utérin donne lieu à des douleurs, c'est en général à une époque déjà avancée de son évolution, alors qu'il s'accompagne d'écoulements ichoreux ou sanglants, et que le diagnostic en est pour ainsi dire évident et peut être fait par le toucher qui révèle alors un envahissement plus ou moins considérable des culs-de-sac ou des ligaments larges.

C'est donc surtout dans le cas de métrorrhagies plus ou moins rebelles, s'accompagnant ou non d'écoulements leucorrhéiques ou séro-purulents, que l'hystéroscopie est particulièrement indiquée ; et dans ces circonstances elle donne souvent de véritables surprises qui sont de réelles bonnes fortunes au point de vue du diagnostic précis des lésions intra-utérines. C'est dans ces cas que l'on pourra parfois, et nous avons eu plusieurs fois ce bonheur, reconnaître un *épithélioma primitif du corps de l'utérus tout à fait au début*, alors que l'on croyait à une simple endométrite ou à la rétention de quelques débris placentaires provenant d'un accouchement antérieur. Et c'est là un point de clinique sur lequel, il nous semble, on n'insiste pas suffisamment et sur lequel l'hystéroscopie jettera, nous en sommes convaincu, une vive lumière, qu'il existe une période presque latente pour ainsi dire du cancer du corps de l'utérus ; quand nous disons latente, ce n'est pas tout à fait exact ; nous voulons seulement dire que pendant un temps plus ou moins long le cancer du corps de l'utérus ne se manifeste que par des signes de la plus extrême banalité, tels que des métrorrhagies plus ou moins rebelles, une leucorrhée sans caractères spéciaux qui font penser à une simple métrite ; mais les pertes sanglantes n'ont pas encore l'aspect et l'odeur caractéristiques qu'elles revêtiront plus tard, l'écoulement hydrorrhéique n'a pas encore cet aspect d'eau rousse, de

lavure de chair qu'il prendra à une époque plus avancée ; et comme à cette époque très précoce il n'existe encore aucune altération de l'état général qui est excellent, comme il n'y a pas d'augmentation de volume de l'utérus, pas de retentissement ganglionnaire, le toucher vaginal ne donne aucun résultat et l'on ne pense pas à l'épithélioma : on y pense d'autant moins que l'on a affaire quelquefois à des malades jeunes, n'ayant pas encore atteint l'âge classique du cancer ; rien alors n'aiguille vers l'idée d'un néoplasme malin, et vraiment aucun procédé autre que l'hystéroscopie ne peut permettre de faire le diagnostic précoce, diagnostic qui commandera l'intervention également précoce, à une époque où elle a toutes chances d'être réellement efficace, avant tout envahissement lymphathique et avant toute généralisation, avec un état général encore bon, c'est-à-dire dans les conditions idéales au point de vue de la réussite opératoire et de l'absence de récidive. C'est ce qu'avait entrevu Clado qui disait : « Malheureusement nous n'avons pas encore observé des faits d'épithélioma commençant dans lesquels l'hystéroscopie aurait pu rendre un réel service aux malades. Mais nous avons la conviction que lorsque l'hystéroscopie sera entrée, comme l'a fait la cystoscopie, dans les habitudes chirurgicales, bien des carcinomes pourront être surpris au début de leur développement et opérés de bonne heure, et qu'ils ne seront plus suivis, comme de nos jours, d'une récidive plus ou moins précoce ». Nous avons pu vérifier la justesse de cette prédiction, et il n'est pas douteux qu'elle ne se vérifie de plus en plus à mesure que l'endoscopie utérine entrera de plus en plus dans la pratique courante.

Voilà donc quelles seront les principales indications de l'hystéroscopie quand on se trouvera en présence de malades accusant des symptômes utérins peu caractéristiques et chez lesquelles, à cause précisément du manque de précision de la symptomatologie, on sera assez embarrassé pour porter un diagnostic.

Mais en dehors de ces cas, où le gynécologue se trouve véritablement gêné pour conclure à une affection déterminée et où l'hystéroscopie seule permet de voir de quoi il s'agit il en est

nombre d'autres où notre procédé d'examen est de la plus grande utilité pour *compléter et préciser un diagnostic déjà posé*. Et à vrai dire la plus grande partie de la pathologie de l'utérus rentre dans cette seconde classe d'indications. Dans presque tous les cas où la cavité utérine est malade, si l'on arrive à faire un diagnostic par les moyens d'exploration usuels, l'examen endoscopique peut rendre de grands services en laisant apprécier de la façon la plus exacte la nature et le degré des lésions, et d'instituer, par suite un traitement plus rationnel.

a) ***Métrites.***

α) Dans les *métrites aiguës*, nous n'avons guère pratiqué l'examen hystéroscopique. En effet le plus souvent le diagnostic de ces affections est facile ; la douleur, l'augmentation de volume, le changement de consistance de l'organe, sa sensibilité à la palpation, l'aspect du col vu au spéculum, les caractères de l'écoulement renseignent suffisamment : d'autre part, il est probable qu'il vaut mieux laisser l'utérus atteint d'une inflammation aiguë dans un repos aussi complet que possible ; il peut se faire que dans ces cas, l'introduction du tube hystéroscopique puisse disséminer une infection encore localisée et apporter peut-être au voisinage des trompes, des microbes ramassés au niveau du col ou de la portion inférieure du corps. Cependant nous avouons ne pas avoir étudié suffisamment l'endoscopie des métrites aiguës et nous nous réservons de préciser ultérieurement les renseignements que peut fournir l'hystéroscopie dans ces affections tant au point de vue de l'aspect macroscopique des lésions qu'en ce qui concerne le traitement.

β) En revanche nous sommes convaincus que l'hystéroscopie peut donner au gynécologue des indications d'une importance capitale dans les *métrites chroniques*. Il est évident qu'il ne suffit pas d'avoir fait le diagnostic de métrite chronique et d'y avoir ajouté le qualificatif de parenchymateuse ou d'hémorragique pour avoir le droit de se déclarer satisfait. Or c'est ce que l'on a trop souvent tendance à faire, faute de mieux. Mais, nous estimons que l'on peut arriver à une précision plus grande dont les malades ne peuvent que bénéficier. Sans nous arrêter à la variété

bactériologique des métrites qui importe peu au point de vue clinique et thérapeutique, disons que ce qui a surtout de l'intérêt pratique, dans la majorité des cas, c'est l'état anatomique de l'endomètre. Il est certain que si l'état de la muqueuse n'est pas tout dans la métrite, il joue du moins un rôle important, quoi qu'on en ait pu dire ; on nous a objecté que l'état de la muqueuse que nous pouvons seule examiner par l'hytéroscopie n'a aucune signification (Jayle, Soc. de l'Internat, 27 juin 07), que ce qui importe, c'est l'état du muscle, sur lequel l'endoscopie ne peut pas nous renseigner. Une telle opinion est insoutenable. Sans doute l'état anatomique de la muqueuse intervient peu dans la pathogénie du symptôme douleur, les femmes qui souffrent de leur métrite sont celles dont l'affection utérine ancienne s'est compliquée d'une lésion annexielle ou périutérine ou bien qui sont atteintes de déviations de la matrice ; les autres utérus douloureux sont ceux dont le muscle est malade ; ce sont les scléroses utérines qui font si souvent souffrir les femmes. Mais si, lorsque la muqueuse seule est atteinte l'affection n'est pas douloureuse, il n'en est pas moins vrai que c'est par la muqueuse que commencent presque toutes les maladies de l'utérus ; c'est donc elle qu'il faut traiter et il semble logique pour pouvoir établir un traitement rationnel, de constater directement l'état anatomique de la région à traiter ; il n'est pas indifférent de voir s'il y a une simple infection de la muqueuse sans aucune réaction de la muqueuse ou bien si celle-ci a réagi en donnant lieu à ces villosités, à ces végétations plus ou moins fongueuses, quelquefois à ces véritables polypes qui deviennent à leur tour une source d'irritation permanente, qui entretiennent la leucorrhée et les métrorrhagies. Le traitement ne sera évidemment pas le même dans ces différents cas et l'hystéroscopie permettant de le préciser, de le faire sous le contrôle de la vue sera donc du plus grand secours dans ces maladies.

b) Lorsqu'il s'agit de *tumeurs intra-utérines*, que ce soit de simples polypes ou qu'il y ait un fibrome sous-muqueux, même si le diagnostic paraît absolument certain l'endoscopie n'est cependant pas inutile ; d'abord elle rectifie quelquefois le diagnostic qui

paraissait le mieux établi et montre un fibrome là où on croyait à un polype muqueux et réciproquement ; mais surtout grâce à elle le chirurgien peut se rendre compte de la situation exacte de la tumeur, de ses dimensions, de son point d'implantation et de la meilleure façon de l'aborder et de la traiter. Enfin lorsque l'on est certain d'être en présence d'un cancer du corps de l'utérus, il peut encore être utile de faire l'hystéroscopie pour voir quelle est l'étendue de la tumeur et son aspect macroscopique, détails qui ont leur importance au point de vue d'un traitement palliatif au cas où l'étendue des lésions ferait renoncer à une intervention radicale.

c) L'hystéroscopie peut encore rendre de grands services dans les cas, il est vrai très rares, de *corps étrangers* de l'utérus. L'endoscopie permet d'en reconnaître la nature et d'en faire l'extraction avec beaucoup plus de facilité, et en traumatisant l'utérus le moins possible.

d) Enfin ce procédé d'examen peut faire faire le diagnostic de *malformations, d'arrêts de développement* de la cavité utérine, comme nous avons eu l'occasion d'en observer un cas.

B. — **Indications de l'hystéroscopie après l'accouchement.** — Dans les suites de couches l'hystéroscopie trouve des indications nombreuses. Sans doute dans l'état puerpéral, et c'est là une objection que l'on nous a faite, l'utérus est largement perméable, le toucher intra-utérin est facile et donne dans la plupart des cas des renseignements très importants. Cependant il est quelques catégories de lésions que le toucher est impuissant à faire percevoir. D'autre part il arrive assez fréquemment que le toucher laisse échapper certaines choses que l'hystéroscopie reconnaît avec la plus grande facilité. Enfin, il peut être important pour l'accoucheur, dans les cas d'infection puerpérale par exemple, de n'avoir pas besoin d'introduire le doigt dans un utérus infecté ; le toucher intra-utérin ne peut en effet se faire d'une façon utile avec des gants ; et l'accoucheur tient à ne pas se souiller les mains ; l'endoscopie lui donnant des renseignements encore plus précis que le toucher, il peut s'abstenir de celui-ci, et faire ensuite avec des gants les interventions qu'il aura jugées néces-

saires. Pour les malades également, l'hystéroscopie offre plus de garanties que le toucher puisque l'instrument peut toujours être rendu plus facilement aseptique que la main du médecin.

a) Dans les cas de *rétention placentaire* totale ou lorsqu'il reste de gros fragments dans l'utérus il est certain que le toucher est un moyen de diagnostic très sûr ; il n'en est plus de même lorsqu'il ne reste que des fragments de placenta surtout quand ceux-ci siègent au niveau des cornes utérines. Il nous est arrivé à plusieurs reprises de voir des fragments placentaires restant dans dans la cavité utérine après des curages digitaux très soignés et faits par des personnes très expérimentées. De même, on peut voir par l'endoscopie des *fragments de membranes*, des *caillots* retenus dans l'utérus et qui auraient pu échapper au contrôle du doigt.

b) S'il y a infection utérine, l'examen hystéroscopique montre souvent des lésions qu'il est parfaitement impossible de reconnaître par tout autre procédé, et en particulier par le toucher. Nous avons pu voir en pareil cas des *sphacèles* plus ou moins limités de la muqueuse, des *ulcérations* que le doigt ne pouvait certainement pas reconnaître, car il n'y avait pour ainsi dire pas de différence de niveau avec le reste de la paroi utérine, et seules les différences d'aspect et de coloration pouvaient être accessibles à l'œil et permettre de diagnostiquer la lésion. Il est clair que la connaissance exacte de ces détails anatomo-pathologiques a son importance au point de vue du traitement et que l'on peut, grâce à un examen endoscopique, faire porter la thérapeutique juste à l'endroit malade et y faire des pansements, des attouchements médicamenteux beaucoup plus judicieux.

c) Les *ruptures de l'utérus* ne sont pas une indication de l'hystéroscopie ; cependant, celle-ci, faite avec prudence, ne peut pas être nuisible dans ces accidents ; et on peut, grâce à elle, apprécier avec exactitude quelles sont l'étendue et l'importance des lésions. Nous devons dire que nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer l'hystéroscopie dans de pareilles conditions.

Il est évident que si l'on soupçonne une tumeur de nature

quelconque l'endoscopie sera aussi utile qu'en dehors de l'état puerpéral.

Après l'avortement. — Les indications sont à peu de chose près les mêmes qu'après l'accouchement ; elles sont même ici beaucoup plus formelles : en effet, autant le toucher intra-utérin est facile après l'accouchement à terme, autant il est souvent difficile et infructueux après un avortement de deux à trois mois. C'est ici que notre mode d'examen est précieux pour faire reconnaître les *rétentions placentaires* que l'on soupçonne plus ou moins et dont on ne pourrait être sûr sans lui que grâce à un curettage souvent inopportun, quelquefois dangereux.

Il est en effet un ordre de cas sur lesquels nous voulons attirer l'attention à propos de l'avortement. Ce sont les *lésions traumatiques de l'utérus*, plaies, déchirures, consécutives aux avortements provoqués si fréquents. Le diagnostic de ces lésions est impossible par tout autre procédé que l'endoscopie. Nous avons eu l'occasion de reconnaître ainsi une déchirure de l'utérus, dont on ne pouvait se rendre compte autrement. Nous reviendrons plus loin sur cette observation. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt que présente l'hystéroscopie dans ce genre d'avortements provoqués. Il est clair que chez ces malades que l'on voit le plus souvent déjà infectées, perdant du sang en plus ou moins grande abondance, et pour lesquelles on pense à une simple rétention placentaire, un curettage peut être désastreux, fatal : il expose à achever une perforation de l'utérus incomplète, à aggraver des lésions que l'on ne soupçonne même pas. L'examen endoscopique montre avec la plus grande netteté les désordres qui existent et empêche de faire une thérapeutique intempestive. Bien plus, il permet, s'il est pratiqué à temps, de se décider pour une intervention radicale et efficace : il permet de faire une hystérectomie précoce et de sauver la malade avant que les progrès de l'infection n'aient rendu toute intervention inutile.

On conçoit quelle est l'importance de l'hystéroscopie en cas d'avortement au *point de vue médico-légal* : l'examen visuel de la cavité utérine peut en effet autoriser dans quelques cas à faire

le diagnostic d'avortement provoqué, criminel, par la constatation d'une plaie à la surface de l'endomètre.

II. — Indications thérapeutiques

L'hystéroscopie peut encore servir à pratiquer un certain nombre de petites interventions intra-utérines sous le contrôle direct de la vue :

1° Elle permet de faire, comme nous le montrerons, une *biopsie* portant exactement sur l'endroit malade ;

2° On peut, grâce à l'hystéroscope, faire des pansements de la muqueuse utérine ;

3° Pratiquer un curettage très minutieux et faire après cette opération une revision soigneuse de la cavité utérine pour voir s'il n'y reste rien ;

4° Extirper de petites tumeurs nettement pédiculées ;

5° Extraire des corps étrangers.

Ayant ainsi précisé les indications de l'examen hystéroscopique, nous allons examiner les résultats qu'il nous a donnés dans la plupart des affections intra-utérines qui sont justiciables de ce procédé d'exploration.

CHAPITRE VI

ETUDE ENDOSCOPIQUE DE LA CAVITE UTERINE A L'ETAT NORMAL ET A L'ETAT PATHOLOGIQUE

I. — Examen endoscopique de l'utérus en dehors de la puerpéralité

A L'ÉTAT NORMAL

A. — Sur le cadavre. — Nous avons eu l'occasion de faire quelques examens endoscopiques d'utérus de femmes mortes de maladies diverses, et ne présentant pas de lésions utérines. Nous avons pu ainsi contrôler les constatations déjà faites autrefois par Clado.

L'examen hystéroscopique est bien entendu de la plus extrême facilité sur le cadavre ; avec un large écartement des parois vaginales à l'aide de valves ou du large spéculum bivalve, on peut obtenir rapidement une dilatation suffisante de la cavité utérine à l'aide de bougies de Hégar ou d'un dilatateur quelconque.

Cet examen endoscopique sur le cadavre peut d'ailleurs avoir un intérêt pratique considérable au *point de vue médico légal*. Il permet en effet, avant de faire l'autopsie ou même sans la faire, de se rendre compte exactement de l'état de la cavité utérine d'une femme que l'on soupçonne être morte des suites d'un avortement provoqué par des manœuvres criminelles.

a) *La cavité du corps.* — Elle présente sur l'utérus normal un aspect absolument lisse et uni : on n'y voit aucune inégalité de surface, aucune saillie, aucune dépression. Sa coloration est uniforme, d'un blanc légèrement grisâtre, à peine rosé ; elle est

recouverte d'une mince couche de mucus hyalin. Clado a remarqué dans quelques cas autour des trompes utérines et immédiatement au-dessus de l'isthme utérin une zone violacée, annulaire, de quelques millimètres de hauteur. Nous devons dire que nous n'avons jamais fait pareille constatation sur l'utérus cadavérique.

b) *Cavité cervicale.* — On voit très facilement l'arbre de vie dont on reconnaît les saillies et les dépressions bien connues et sur la disposition desquelles nous n'avons pas besoin d'insister.

La surface en est donc, comme il est naturel, moins régulière et moins unie que celle de la cavité corporelle : on y rencontre parfois de petites saillies hémisphériques, de volume variable, que l'on reconnaît facilement pour être de petits kystes glandulaires, des œufs de Naboth.

La coloration de la muqueuse cervicale est également assez pâle, quoique légèrement plus teintée que la muqueuse du corps. Elle est également recouverte de mucus, mais beaucoup plus épais, visqueux, collant, quelquefois plus ou moins opaque et rendant moins nette la vision de parties qu'il recouvre.

B. — La cavité utérine normale chez la femme vivante. — Elle se rapproche beaucoup de l'aspect qu'elle présente sur le cadavre, ce qui nous dispense d'y insister beaucoup.

La muqueuse apparaît *absolument lisse et unie* sans aucune saillie ni aucune dépression. On y voit les orifices glandulaires sous forme de points microscopiques.

La *coloration est d'un blanc éclatant, légèrement rosé*, sur lequel tranchent de fines et discrètes arborisations vasculaires (1).

1. Il est à remarquer qu'à cause de l'intensité de l'éclairage d'une part qui lui donne un peu de transparence, à cause de la compression exercée par le tube sur les parois utérines et de la légère anémie qui en résulte les tissus présentent une teinte un peu plus pâle et un peu plus blafarde que leur coloration réelle. C'est une notion avec laquelle il faut se familiariser et l'on ne doit pas s'étonner si après un curettage on ramène des débris d'une couleur plus rouge ou si après une hystéroscopie la muqueuse a une teinte un peu plus foncé qu'elle n'avait semblé à l'examen hystéroscopique.

Les détails paraissent aussi légèrement grossis.

Cet aspect macroscopique et cette coloration sont absolument uniformes pour toutes les parties de la cavité du corps (fig. I, planche hors texte).

Nous n'avons pas à insister sur la manœuvre du tube et sur les diverses inclinaisons à lui donner pour fouiller successivement les diverses portions de la cavité (voir *Manuel opératoire*). Nous rappellerons simplement que les parois, antérieure et postérieure, viennent pour ainsi dire s'accoler et se rejoindre au-devant de la lumière du tube ; en faisant avancer celui-ci, on écarte ces parois et la cavité de l'utérus, de virtuelle, devient réelle : c'est grâce au mouvement de progression du tube que l'on reconnaît surtout bien à quelle paroi de l'organe appartient la section de muqueuse en rapport avec la glace de l'instrument.

Les angles de l'utérus se présentent sous la forme d'angles dièdres ; avec un peu d'habitude on arrive facilement à reconnaître la ligne de jonction des parois antérieure et postérieure.

Le fond de l'organe se présente de lui-même à l'explorateur quand l'instrument arrive à son niveau ; il est la région la plus facile à explorer et à détailler.

Plus difficile est l'examen des cornes utérines : il faut ici donner au tube hystéroscopique une forte inclinaison dont nous avons déjà parlé. Grâce à cette manœuvre on peut voir cette région de la cavité avec la plus grande netteté.

Mais peut-on voir les *orifices tubaires?* Nous avons systématiquement essayé de les découvrir et de les repérer au cours de nos examens endoscopiques et force nous est d'avouer que le plus souvent, lorsqu'il n'existait pas de lésions salpingiennes nous n'avons pu y parvenir. Cela est d'ailleurs facile à comprendre quand on recherche l'ostium uterinum sur un utérus enlevé et ouvert ; il est le plus fréquemment très difficile à voir, point imperceptible caché au milieu de plis de la muqueuse. Cependant nous avons pu voir quelquefois les orifices tubaires ; et nous avons remarqué dans quelques cas, surtout lorsqu'il existait des lésions de la trompe une petite aréole rougeâtre légèrement plus colorée que le reste de la muqueuse autour de l'ostium uterinum.

La cavité cervicale se montre sensiblement avec le même aspect

que celui que nous lui avons décrit sur le cadavre à part une légère différence de coloration ; elle est également d'un blanc plus vif et un peu plus rosée.

EXAMEN HYSTÉROSCOPIQUE DANS LES MÉTRITES

L'examen endoscopique de l'utérus acquiert vraiment une valeur considérable pour le diagnostic et le traitement des endométrites ; il est évident que dans ces affections il n'existe aucun procédé d'exploration de l'utérus qui puisse nous renseigner sur l'état anatomique de la muqueuse utérine ; le toucher, le palper combiné nous montrent les modifications de volume et de consistance de la matrice ; l'hystéromètre nous fait constater l'augmentation de diamètre de la cavité utérine ; l'examen au spéculum nous fait voir les modifications de forme et d'aspect du col utérin ainsi que l'existence d'un écoulement plus ou moins purulent par l'orifice cervical et grâce à cet ensemble de signes cliniques nous arrivons habituellement facilement à poser le diagnostic de métrite ; et encore bien souvent sommes-nous embarrassés en nous demandant si cette métrite est bien la lésion principale ou si elle n'est qu'un épiphénomène, qu'une complication d'une autre lésion utérine, telle qu'un polype ou un fibrome par exemple. Mais une fois le diagnostic d'endométrite établi, nos connaissances ne vont pas plus loin : quelle est la nature, le degré, l'étendue des lésions, c'est ce qu'il nous est impossible d'apprécier ; force nous est donc de faire un traitement empirique et un peu aveugle, souvent inefficace, parce qu'il n'est pas logique et qu'il ne s'adresse pas véritablement à la lésion en cause.

C'est cette lacune qui vient combler l'hystéroscopie. Grâce à elle nous pouvons étudier pour ainsi dire l'*anatomie pathologique sur le vivant*. Nous allons exposer les renseignements qu'elle peut fournir dans cet ordre d'affections gynécologiques.

Nous n'avons ni l'intention ni les moyens d'aborder une véritable classification scientifique des métrites. Des classifications nombreuses ont d'ailleurs été proposées, basées les unes sur l'étiologie microbienne des métrites, les autres sur des symp-

tômes physiques ou fonctionnels plus ou moins précis, d'autres encore sur l'anatomie pathologique. Ces classifications, d'ailleurs intéressantes au point de vue théorique, ne correspondent en réalité à rien de pratique. Peu importe en effet au point de vue thérapeutique qu'une métrite soit produite par le gonocoque, le streptocoque, le staphylocoque ou le coli-bacille ! ce n'est pas sur la connaissance de l'agent infectieux en cause dans une métrite que nous pouvons baser notre traitement.

Au contraire l'examen visuel de la muqueuse utérine nous permet de grouper les métrites en plusieurs types qui demandent un traitement bien différent (1).

Nous allons dire rapidement quel est l'aspect de la muqueuse utérine dans l'endométrite aiguë non puerpérale (nous étudierons plus loin la métrite aiguë puerpérale). Nous étudierons ensuite l'état de l'endomètre dans les métrites chroniques, beaucoup plus intéressantes au point de vue qui nous occupe.

I. — **Endométrite aiguë.** — a) *Forme légère.* — Dans l'endométrite aiguë non puerpérale, c'est-à-dire dans la métrite aiguë qui reconnaît le plus souvent pour agent infectieux le gonocoque, l'examen hystéroscopique ne montre pas de lésions très spéciales : la muqueuse se présente habituellement avec un aspect à peu près normal ; le plus souvent il n'y a pas de modification de forme : tout au plus voit-on dans quelques cas un aspect un peu granuleux et dépoli de la surface utérine ; la coloration est quelquefois normale, surtout dans les cas d'intensité moyenne, et ne diffère pas sensiblement de la coloration blanc rosée de la muqueuse saine.

b) *Forme intense.* — Cependant le plus souvent la muqueuse se montre plus ou moins congestionnée ; elle est d'un rouge plus ou moins vif sur lequel tranchent encore des arborisations vasculaires un peu plus tuméfiées et plus apparentes qu'habituelle-

1. Nous ne nous occupons, bien entendu que des lésions de l'endomètre ; il est certain que les lésions du muscle utérin et du stroma conjonctif de l'organe échappent à l'examen hystéroscopique et qu'elles ne peuvent être diagnostiquées que par exclusion.

ment. Quelquefois on voit de petites suffusions sanguines sous la forme d'un simple pointillé ecchymotique ou de petites hémorragies dont la couleur rouge sombre se détache sur le fond d'un roule plus pâle.

L'examen hystéroscopique ne montre donc pas dans l'endométrite aiguë gonococcique de lésions très spéciales ; on ne voit guère les lésions beaucoup plus profondes et beaucoup plus graves qui sont l'apanage de certaines métrites puerpérales aiguës et que nous décrirons plus loin.

On peut en conclure que l'hystéroscopie n'est pas d'une grande utilité dans ces cas et cela est souvent vrai : aussi peut-on se dispenser de l'examen endoscopique lorsque l'on est absolument sûr que l'on a affaire à une métrite gonococcique aiguë. Cependant il est utile de connaître cet aspect de la muqueuse utérine dans l'endométrite aiguë.

II. — **Endométrite chronique.** — Dans cet ordre d'affections l'examen hystéroscopique fournit des renseignements beaucoup plus intéressants. Il montre en effet des lésions très différentes dans les divers cas et l'on peut souvent en tirer des indications thérapeutiques.

On peut d'après l'aspect que présente la muqueuse à l'examen endoscopique ranger les endométrites chroniques en deux grandes classes bien établies par Clado :

1° Les métrites non productives ;

2° Les métrites productives.

Dans la première catégorie la muqueuse malade n'a pas réagi d'une façon macroscopique : il peut exister des lésions histologiques mais elles ne sont pas appréciables à l'œil ; tout se passe dans la profondeur des tissus ; il y a surtout des troubles de la sécrétion glandulaire sans néoformations de l'épithélium.

Dans la seconde il existe des hyperplasies plus ou moins volumineuses et plus ou moins abondantes de la muqueuse qui se présentait avec des aspects variés que nous allons passer en revue.

1° Endométrites non végétantes. — L'hystéroscopie est habituellement assez facile dans ces cas ; la cavité utérine plus ou moins dilatée permet au tube d'évoluer facilement.

a) L'examen endoscopique ne révèle pas ici de modifications très appréciables de l'endomètre. Celui-ci se présente avec un aspect quelquefois très peu différent de l'état normal, lisse et poli, d'une couleur blanc mat.

b) Cependant on note souvent des lésions appréciables : la muqueuse n'est plus absolument lisse ; elle présente une surface plus ou moins tomenteuse et irrégulière ; elle a un aspect granuleux. La coloration n'est plus d'un blanc rosé ; elle est plus ou moins rouge et congestionnée, rappelant un peu l'aspect de l'endométrite aiguë ; (1) on remarque quelquefois un pointillé ecchymotique. En outre elle est recouverte en partie par un exsudat plus ou moins puriforme et sanguinolent.

c) *Exulcérations superficielles*. — Clado a rencontré dans un certain nombre de métrites non productives des lésions sur la nature desquelles il hésitait à se prononcer. Voici la description qu'il en donnait :

« Dans ces cas, il existe sur l'une ou l'autre des parois utérines une surface grisâtre, tomenteuse et dépourvue d'épithélium. Cette surface est limitée par un contour assez régulier et apparaît comme une plaque grise, saillante sur un fond rouge qui représente l'endomètre congestionné. »

Nous n'avons pas rencontré cette lésion en dehors de la métrite puerpérale. En revanche nous l'avons vue fréquemment dans l'infection puerpérale consécutive à l'avortement ou à l'accouchement à terme. Nous avons tendance à croire que cette lésion, qui représente une sorte de sphacèle superficiel de la muqueuse, est tout à fait spéciale à cette classe d'endométrite, et est presque caractéristique de celle-ci. Nous en donnerons la description plus loin à propos des lésions de l'infection puerpérale. Clado entrevoyait déjà cette étiologie puisqu'il se demandait si cette plaque ne se rapportait pas à une lésion consécutive à un avortement. D'ailleurs l'une des malades sur lesquelles il avait observé cette sorte de sphacèle avait avoué un avortement datant d'un mois.

1. Elle est tantôt d'un rouge éclatant, tantôt d'un rouge sombre quelquefois violacée.

Nous croyons donc que l'on ne peut rencontrer ces ulcérations dans la métrite chronique que d'une façon très exceptionnelle.

d) *Endométrite avec granulations.* — Nous désignons sous cette dénomination à dessein un peu vague une lésion que Clado n'a rencontré qu'une seule fois au cours de ses examens hystéroscopiques. La face interne de l'utérus était garnie de saillies grisâtres du volume d'une tête d'épingle environ : ces saillies constellaient toute la face interne de l'endomètre sauf le fond, et tranchaient sur un fond uniformément rouge. Chacune d'elles était arrondie et faisait une saillie à peine un peu plus surélevée que la surface de l'endomètre. Un grand nombre d'entre elles étaient entourées d'un cercle violacé, sorte d'auréole congestive, plus foncée que le fond rouge de la muqueuse. Elles étaient distantes les unes des autres et séparées par des intervalles variant de trois à quatre millimètres. Chacune de ces granulations paraissait opaque, et par un fort éclairage on pouvait s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une lésion kystique. La cavité cervicale et l'isthme n'en présentaient aucune trace. L'aspect de cette lésion la faisait ressembler tout à fait à de la tuberculose miliaire ; d'autant plus qu'il s'agissait d'une jeune femme dont les antécédents héréditaires étaient entachés de tuberculose. Le curettage fut pratiqué et l'on inocula deux cobayes avec le produit de raclage. Cette épreuve fut absolument négative. On ne put faire d'autre part l'examen histologique des débris enlevés.

Nous n'avons jamais rencontré semblable lésion. Clado avait tendance à en admettre la nature tuberculeuse (1). Mais le résultat négatif de l'inoculation au cobaye nous semble plaider suffisamment contre cette hypothèse pour que nous ne puissions pas l'admettre. D'ailleurs la tuberculose miliaire à l'endomètre, admise théoriquement par un certain nombre d'auteurs est en réalité inconnue (Richelot). Nous ne croyons pas qu'on l'ait jamais rencontrée.

2° Endométrites végétantes. — Dans cette catégorie d'endométrites l'examen hystéroscopique montre qu'il existe une réac-

1. Il la comparait à une éruption tuberculeuse du péritoine.

tion de la muqueuse qui sous l'influence de l'inflammation chronique dont elle est le siège a produit de véritables néoformations épithéliales édifiées aux dépens de la couche superficielle de cette muqueuse et qui donnent lieu à l'examen endoscopique à divers aspects très différents et très typiques qui se distinguent très nettement de la classe de métrites que nous avons étudiées plus haut.

Il est bien entendu que nous n'avons en vue ici que des aspects macroscopiques différents et que nous ne prétendons pas séparer au point de vue de la nature intime du processus anatomo-pathologique pas plus qu'au point de vue étiologique les endométrites végétantes des endométrites non végétantes. Ces métrites que Clado appelait *productives*, peuvent être dues aux mêmes causes plus ou moins banales que celles qui ne donnent lieu à aucune néoformation; nous n'avons d'ailleurs pas à entrer ici dans le détail de l'étiologie et de l'anatomie pathologique de ces affections qui sont d'ailleurs bien connues.

Nous tenons également à bien spécifier que nous n'envisageons ici que les néoformations bénignes, sans nous occuper de l'épithélioma que nous étudierons plus loin à propos des tumeurs de l'utérus.

Signes fonctionnels. — Au point de vue clinique cette classe de métrites ne se caractérise d'ailleurs pas par une symptomatologie très spéciale. Les symptômes sont ici à peu près les mêmes que dans toutes les métrites. Il en est un cependant qui domine et qui doit faire soupçonner que l'on a affaire à un cas de ce genre. C'est la *fréquence et l'abondance des métrorrhagies*. Les endométrites non végétantes donnent rarement lieu à des hémorragies, exceptions faites de la congestion et de la sclérose utérine sur lesquelles Richelot et Doléris ont plus particulièrement attiré l'attention.

Lorsque les malades se plaignent de métrorrhagies abondantes et tenaces et que l'on a éliminé l'hypothèse d'une tumeur bénigne ou maligne de l'utérus on doit penser soit à une sclérose utérine, soit à une endométrite végétante. C'est ce que nous a démon-

tré dans nombre de cas l'examen hystéroscopique (1). C'est cette espèce de métrites qui constitue avec les cancers du corps de l'utérus, presque toujours méconnus au début, la plus grande partie de ces métrites hémorragiques sur la nature desquelles on est si mal fixé (2).

Examen hystéroscopique. — Si l'on examine à l'hystéroscope l'utérus de malades atteints d'endométrite, végétante, on constate les lésions suivantes :

a) *Villosités.*

b) *Fongosités.*

c) *Polypes muqueux.*

d) *Productions kystiques.*

a) *Villosités.* — Cette variété villeuse est assez fréquente ; elle s'observe surtout, comme toutes les métrites végétantes d'ailleurs, dans les métrites chroniques déjà anciennes.

Siège. — Ces productions peuvent occuper tous les points de la cavité utérine, qu'elles tapissent, pour ainsi dire. Cependant elles siègent de préférence au niveau du fond, des cornes utérines, et sur la partie supérieure des faces de l'organe. Elles descendent rarement jusqu'au niveau de l'isthme, et ne le dépassent presque jamais. Il est exceptionnel de le rencontrer sur les parois de l'orifice cervical.

Nombre. — Elles sont en nombre très variable, tantôt peu abondantes, formant quelques îlots disséminés dans la cavité utérine ; mais le plus habituellement elles sont extrêmement abondantes formant une sorte de véritable revêtement à l'endomètre.

Forme. — Leur forme est presque invariablement la même ; elles sont généralement coniques, présentant une base plus ou moins élargie et un corps plus ou moins allongé se terminant par

1. *Observations* 3 et 4.

2. « Ce fait avait d'ailleurs été déjà signalé indépendamment de l'examen hystéroscopique. C'est ainsi que Schwartz écrivait : « Dans les formes hémorragiques de l'endométrite, la muqueuse est comme veloutée, villeuse, fongueuse, et c'est du sang et des caillots qu'on trouve dans la cavité utérine », *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

une extrémité libre plus mince et souvent pointue. Elles apparaissent à l'hystéroscope avec une coloration blanchâtre beaucoup plus éclatante que leur couleur réelle ; car si on les détache avec la curette et que l'on les examine à l'œil nu, on voit qu'elles ont en réalité une couleur rougeâtre ; mais elles acquièrent du fait de l'éclairage intense produit par l'hystéroscope une sorte de demi-transparence qui les fait paraître beaucoup plus blanches. Dans leur ensemble elles donnent assez bien l'impression fournie par les fausses membranes de péricardite aiguë.

Diagnostic. — Cette endométrite villeuse est toujours facile à reconnaître à l'examen endoscopique ; l'aspect très particulier de l'endomètre permet de la distinguer à première vue des métrites non végétantes : elle ne ressemble pas non plus aux autres variétés de métrites végétantes ; en revanche on peut confondre des villosités d'endométrite chronique avec la surface placentaire d'un utérus après un *avortement* de deux ou trois mois. Lorsque l'on a des renseignements le diagnostic est assez facile, mais si l'on n'en a aucun, si la femme, comme cela arrive si souvent, cache volontairement son avortement, la confusion est très facile, d'autant plus que l'utérus atteint d'endométrite chronique végétante est augmenté de volume, que son canal cervical est très souvent entr'ouvert, enfin que les hémorragies sont très fréquentes, comme nous l'avons déjà signalé.

Le diagnostic hystéroscopique se fondera sur les points suivants :

L'utérus qui saigne après un avortement contient habituellement quelques débris de l'arrière-faix faciles à reconnaître (nous reviendrons plus loin sur ce point) ; en outre on voit assez nettement les petits *thrombus* de la surface d'insertion placentaire qui se montrent avec une coloration rouge noirâtre et qui donnent à cette surface un aspect finement truffé.

On arrivera donc assez facilement à écarter l'avortement et à poser le diagnostic d'endométrite villeuse. Nous verrons quelle importance a ce diagnostic au point de vue du traitement à instituer.

b) *Fongosités.* — Chez certaines femmes, atteintes d'endomé-

trique chronique, avec écoulement muco-purulent plus ou moins abondant, ayant des métrorrhagies plus ou moins abondantes et rebelles, chez lesquelles le toucher révèle une certaine augmentation de volume de l'utérus, l'examen hystéroscopique montre des productions de la muqueuse qui sont vraisemblablement de même nature que les précédentes au point de vue histologique, mais dont l'aspect est quelque peu différent.

Elles se présentent sous forme d'amas lobulés, rappelant le frai de grenouilles ou le caviar frais. Leur coloration est gris rosée, plus rarement violacée, ressemblant en miniature à des hémorrhoïdes turgescentes (Clado).

Siège. — Elles siègent comme les précédentes au fond et au niveau des angles de l'utérus, plus rarement au niveau des faces, jamais au-dessous de l'isthme dans la cavité cervicale.

Ces fongosités donnent lieu aux mêmes symptômes que l'endométrite villeuse et d'ailleurs elles représentent une lésion très voisine de la précédente. Elles sont dues à une hyperplasie de la muqueuse qui représente vraisemblablement le premier stade des polypes muqueux (Observation IV).

c) Polypes muqueux. — Ceux-ci présentent des liens de parenté étiologique et histologique très étroits avec l'endométrite chonique. Cependant, au point de vue clinique et au point de vue plus spécial de l'examen hystéroscopique il convient plutôt de les ranger et de les étudier à côté des tumeurs de l'utérus ; c'est dans ce chapitre que nous les retrouverons. Cette division un peu grossière, à la vérité s'excuse parce qu'elle est avant tout pratique.

a) *Productions kystiques.* — Enfin on voit souvent à l'examen endoscopique des utérus atteints d'endométrite chronique des productions kystiques bien connues et très fréquentes au niveau de la cavité cervicale (œufs de Naboth), mais qui peuvent exister, beaucoup plus rarement, il est vrai dans la cavité corporelle (polypes muqueux kystiques).

Ces kystes sont produits par la rétention dans les glandes de l'utérus des produits de sécrétion, soit qu'il y ait obstruction des canaux excréteurs par un bouchon muqueux, soit que

ceux-ci soient étranglés par un processus de sclérose périglandulaire.

Les dimensions de ces petits kystes sont variables ; en général ils sont peu volumineux, de la grosseur d'un grain de mil et ne dépassent pas celle d'une noisette. Avec l'hystéroscope on les voit sous forme de petites masses hémisphériques, plus ou moins saillantes, lisses et régulières, de coloration rosée et qui deviennent presque transparentes sous l'influence d'un éclairage intense. Elles ont alors à peu près l'aspect de grains de groseille appliqués contre la paroi utérine.

Déductions thérapeutiques tirées de l'hystéroscopie dans les endométrites chroniques. — L'examen hystéroscopique systématique des endométrites nous montre donc qu'à la classe des endométrites non végétantes on peut opposer d'une façon très nette les endométrites hyperplasiques. Ces deux catégories qui ne diffèrent pas au point de vue étiologique ou pathogénique doivent donc être séparées au point de vue clinique : nous avons vu en effet que les endométrites non végétantes, productives, étaient caractérisées par un symptôme capital, l'*hémorragie*; à des signes fonctionnels spéciaux correspond donc un aspect macroscopique particulier de la muqueuse.

Mais cette distinction doit-elle persister au point de vue thérapeutique et pouvons-nous nous fonder sur l'hystéroscopie pour adopter tel ou tel genre de traitement? Eh bien ! nous estimons qu'il en est ainsi. Si l'hystéroscopie montre que l'on a affaire à une endométrite non proliférante, si les parois de la cavité utérine sont rosées, lisses et unies, *nous croyons que l'on doit s'abstenir de toute intervention sanglante sur l'endomètre et proscrire absolument le curettage*. On cherchera à modifier l'endomètre par des applications de topiques, par des instillations intra-utérines. Si au contraire on voit que l'on a affaire à quelque endométrite végétante, qu'il s'agisse de villosités, de fongosités, il est absolument indiqué d'abraser cette muqueuse hypertrophiée et de la débarrasser de ces productions qui entretiennent un état d'irritation de l'endomètre et qui sont à la fois une con-

séquence de la maladie et la cause d'une partie des troubles morbides et en particulier des hémorragies.

Cette catégorie de métrites est absolument justiciable du curetage, et en fait celui-ci supprime le plus souvent comme par enchantement les métrorrhagies au moins pour un temps assez long. C'est ce que nous avons constaté sur un certain nombre de malades (observations 4 et 5).

TUMEURS DE L'UTÉRUS

L'hystéroscopie peut rendre des services pour déceler les tumeurs développées à l'intérieur de la cavité utérine, quelle que soit leur nature. En pratique on rencontrera surtout :

a) Des polypes muqueux ;

b) Des fibromes ;

c) Des épithéliomas.

a) **Les polypes muqueux.** — Nous en avons déjà dit un mot à propos des endométrites végétantes. Nous n'avons pas à faire ici leur symptomatologie générale. Rappelons seulement qu'ils attirent surtout l'attention par les métrorrhagies abondantes et rebelles auxquelles ils donnent lieu. *C'est pour des métrorrhagies que l'on sera amené à faire l'examen endoscopique* et que l'on découvrira à l'intérieur de l'utérus un polype muqueux.

L'utérus des malades qui en sont atteintes est toujours plus ou moins augmenté de volume, sa consistance est mollasse ; on a l'impression au toucher que l'utérus contient quelque chose ; le col est habituellement entr'ouvert laissant suinter un écoulement sanglant assez abondant. Dans certains cas la perméabilité est suffisante pour permettre l'examen endoscopique sans dilatation préalable. Mais en général il faut cependant recourir à la dilatation avec la laminaire, dont l'introduction est quelquefois un peu difficile à cause de la présence dans l'utérus d'une masse qui en comble en partie la cavité. La dilatation à la laminaire a d'ailleurs, outre l'avantage d'agrandir la cavité, celui de *diminuer ou de supprimer momentanément les métrorrhagies*, ce qui ne peut que faciliter l'examen.

L'introduction du tube hystéroscopique est, elle aussi, quelquefois difficile ; à peine a-t-il franchi le niveau de l'isthme que le tube bute, arrêté par le polype ; c'est alors que les tubes à extrémité taillée en biseau deviennent utiles ; leur extrémité en bec de flûte peut s'insérer entre la paroi utérine et la tumeur et contourner plus ou moins celle-ci. Lorsque le polype n'occupe que le fond de l'organe ou une des cornes, l'introduction et la manœuvre du tube sont beaucoup plus faciles.

Image endoscopique. — Vus avec l'éclairage interne, ces polypes se présentent avec un aspect tout particulier. On voit dans la lumière l'instrument des masses en forme de chou-fleur, d'aspect lobulé et grenu (pl. h t. fig. 3) : leur couleur paraît tantôt d'un blanc éclatant, tantôt d'un blanc grisâtre ; elles sont quelquefois sessiles, mais le plus habituellement pédiculées. L'hystéroscope peut, si elles ne sont pas trop volumineuses, les contourner et voir exactement quel est leur point d'implantation.

Siège. — Ces polypes siègent comme la plupart des néoplasies de l'endomètre au niveau du fond et des cornes de l'organe ; plus rarement ils sont implantés au niveau des faces. Mais il arrive souvent quand ils ont acquis un développement relativement considérable qu'ils occupent toute la cavité utérine qu'ils distendent peu à peu, de sorte que cette cavité, virtuelle à l'état normal, devient alors réelle. Il peut alors être difficile de voir le point précis où se trouve le pédicule de la tumeur. Cependant il est rare en réalité que ces productions muqueuses deviennent très volumineuses et elles ne dépassent habituellement pas les dimensions d'une noix.

Nombre. — Quelquefois solitaires, ces polypes muqueux sont souvent multiples : il y en a un nombre variable ; ils sont plus ou moins bien isolés ou au contraire confluents en une masse qui paraît unique.

Nous avons observé un cas où l'utérus était pour ainsi dire bourré par une masse polypeuse présentant exactement l'aspect en chou-fleur que nous décrivions tout à l'heure (observation 5). Il s'agissait d'une femme de quarante-quatre ans, multipare, qui entrait à l'hôpital pour des métrorrhagies très abondantes. On

apprenait par l'interrogatoire que depuis sa première grossesse, à l'âge de 19 ans, la malade avait toujours eu des métrorrhagies, d'abord peu abondantes, mais qui avaient augmenté considérablement depuis dix-huit mois et étaient devenues particulièrement profuses depuis un mois ; la malade était très anémiée tout en ayant un état général assez bon.

Au toucher, l'utérus paraissait assez volumineux ; le col était largement ouvert quant à son orifice externe, mais le doigt ne pouvait pénétrer au delà de l'orifice interne. L'examen hystéroscopique pratiqué après dilatation extemporanée à l'aide de bougies de Hégar montra l'existence d'une tumeur volumineuse, sessile, bourgeonnante, en forme de chou-fleur, de couleur blanc rosé, de consistance mollasse ; cette tumeur était étendue surtout le pourtour de la cavité corporelle, remplissant presque complètement celle-ci. Il s'agissait de gros polypes muqueux, ce que confirma l'examen histologique de la tumeur enlevée par curettage. A la suite de cette intervention la malade cessa d'ailleurs complètement de perdre du sang.

Diagnostic. — Le diagnostic hystéroscopique des polypes muqueux se fait en général avec la plus entière facilité. L'aspect lobulé, en chou-fleur, de ces tumeurs, leur coloration blanc rosé, leur consistance mollasse qui leur permet de se laisser déprimer facilement par l'extrémité du tube endoscopique ne laissent généralement aucun doute et les distinguent très nettement des petits fibromes sous-muqueux dont l'aspect est tout différent. Le diagnostic avec l'épithélioma du corps utérin est cependant plus délicat. Mais l'épithélioma est en général moins nettement pédiculé, moins nettement lobulé, de coloration plus grisâtre. Malgré tout il nous faut avouer que dans bien des cas le diagnostic macroscopique des polypes muqueux et de l'épithéloma au début est impossible. Et ceci n'a rien qui doive nous surprendre, car nous savons bien que le plus souvent on ne peut se prononcer sur la véritable nature d'une production épithéliale de l'endomètre sur le simple examen macroscopique de la pièce enlevée par une hystérectomie ; habituellement c'est l'examen histologique qui est le juge souverain. Il en est souvent

de même après l'examen visuel endoscopique ; on constate l'existence d'une prolifération épithéliale, mais on ne peut affirmer qu'elle soit bénigne ou maligne ; mais *c'est déjà beaucoup que d'en avoir reconnu l'existence* ; quoi de plus facile alors que d'aller à travers le tube hystéroscopique ouvert, au moyen de la pince à biopsie dont nous donnons la description plus loin, prélever un petit fragment de cette tumeur pour le soumettre à l'examen microscopique qui dictera la conduite à tenir : curettage s'il s'agit d'un polype bénin, hystérectomie si l'on a affaire à un épithélioma ?

b) **Fibromes utérins.** — Il est bien évident que nous ne proposons pas de faire l'hystéroscopie des utérus atteints de ces volumineux fibromes dont le toucher le plus élémentaire suffit à faire le diagnostic. L'hystéroscopie est également inutile dans les cas de fibromes sous-péritonéaux ou interstitiels. En revanche elle fait quelquefois découvrir de petits *fibromes sous-muqueux* assez peu volumineux pour ne pas agrandir considérablement l'utérus, pour ne pas faire issue à travers le col et qui ne se manifestent que par des écoulements sanglants plus ou moins violents. Dans ces cas l'hystéroscopie est le seul moyen d'investigation qui permette d'arriver à un diagnostic et ce sont eux seuls que nous avons en vue.

Siège. — Ces petites tumeurs intra-utérines peuvent occuper un point quelconque de la cavité. Elles sont soit sessiles, soit pédiculées, mais avec un pédicule généralement assez court.

Aspect endoscopique. — Ces petits fibromes apparaissent à l'hystéroscope comme de petites masses parfaitement régulières et arrondies, recouvertes par la muqueuse ; si celle-ci est saine, leur surface est absolument unie ; leur coloration est d'un blanc éclatant rappelant un peu la teinte de l'ivoire. S'ils sont sessiles, ils font un relief plus ou moins accusé sous l'endomètre et leur saillie est hémisphérique ou en dos d'âne ; s'ils sont pédiculés ils sont tout à fait ronds ressemblant à de petites noisettes (pl. h. t. fig. 4).

Dans ce cas pour peu que le fibrome ne soit pas trop volumineux, l'extrémité de l'hystéroscope peut le contourner et l'on peut alors reconnaître le point d'implantation du pédicule et

même se rendre compte de la meilleure voie à suivre pour en faire l'extirpation. Leur consistance est très ferme ; il est facile de s'en rendre compte en appuyant contre la tumeur la glace de l'instrument ; au contraire de ce qui se passe en cas de polype, le fibrome ne se laisse pas déprimer et aplatir par la pression.

Nous avons pu faire le diagnostic de petits fibromes sous-muqueux chez une malade du service de M. le docteur Michaux (observation VI). Cette femme, âgée de 38 ans qui avait des ménorrhagies et des métrorrhagies assez abondantes ne présentait aucun autre symptôme. Au toucher, le corps utérin paraissait un peu gros, mais il était absolument régulier sans aucune tumeur à sa surface, et non douloureux. On crût à un épithélioma. Nous fîmes l'hystéroscopie. Au voisinage du fond de l'utérus, implantée sur la paroi antérieure, vers la corne gauche, par un large pédicule, nous vîmes une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, absolument régulière, de surface lisse, d'une couleur blanc d'ivoire ; sa consistance était ferme ; elle ne se laissait pas déprimer par l'instrument qui la contournait facilement. En outre, dans le reste de sa surface, la muqueuse utérine était tapissée par des végétations polypeuses et villeuses. Nous fîmes sans hésiter le diagnostic de fibrome ; mais de plus l'examen histologique des végétations polypeuses montra qu'il s'agissait d'épithélioma cylindrique. On fit à cette malade une hystérectomie abdominale totale dont elle guérit parfaitement. L'examen hystéroscopique seul avait permis de reconnaître le fibrome qui dans l'espèce était d'importance secondaire et surtout les végétations que nous pensions être dues à de la métrite chronique mais qui en réalité étaient du cancer.

Diagnostic. — Le diagnostic endoscopique de cette variété de tumeurs est donc particulièrement facile ; leur aspect arrondi, lisse et régulier les distinguent absolument des polypes d'endométrite chronique aussi bien que des végétations cancéreuses. Elles se différencient également des kystes intra-utérins dont elles n'ont pas la transparence.

Quoiqu'ils soient très peu gênants par leur volume la cons-

tatation de ces fibrômes n'est pas inutile : car leur présence suffit souvent à entretenir des pertes sanguines et l'extirpation de ces petits polypes peut amener la guérison de ces métrorrhagies : cette extirpation peut d'ailleurs se faire sous le contrôle de la vue à travers le tube de l'hystéroscope.

c) **Le cancer du corps au début.** — Le diagnostic endoscopique de l'épithélioma du corps utérin au début de son évolution est certainement le chapitre le plus intéressant et le plus important au point de vue pratique de l'histoire et de l'hystéroscopie.

Il est vrai que le cancer primitif du corps de l'utérus (c'est surtout à celui-là que s'adresse l'hystéroscopie), est relativement rare ; cependant on le rencontre en clinique et nous avons déjà insisté sur l'intérêt que présente son diagnostic précoce et sur l'absence de moyens de le reconnaître en dehors de l'hystéroscopie (voir p. 44) ; sans doute lorsque l'on a affaire à une femme déjà vieille, ayant franchi l'âge de la ménopause, présentant une certaine altération de l'état général et des écoulements séro-sanguinolents fétides, il est facile de songer au néoplasme utérin et de le reconnaître. Nous avons déjà dit que les choses ne se présentent pas toujours ainsi et nous pourrions même dire qu'il n'est *jamais* ainsi au début, à la période pour ainsi dire *latente* du cancer de l'utérus. Il arrive que l'on ait affaire à des femmes relativement jeunes (trente-huit ans dans une de nos observations) dont l'état général est excellent, et qui n'ont *absolument aucun autre symptôme* que des métrorrhagies sans caractères spéciaux. Consulté par une malade dans ces conditions on ne pense généralement pas au cancer de l'utérus, ou si l'on y pense, on n'a aucun moyen de vérifier cette hypothèse. Il n'existe pas encore de véritable tumeur saillante dans la cavité, le toucher intra-utérin, s'il était possible, ne révèlerait à peu près rien ; le curettage explorateur pourrait quelquefois rendre des services en permettant de faire un examen microscopique des fragments enlevés. Mais la curette risque de passer précisément à côté de l'endroit malade et de ne ramener que des lambeaux de muqueuse saine ou atteinte simplement d'endométrite chroni-

que. Eh bien, c'est en pareil cas que l'examen hystéroscopique peut rendre les services les plus importants.

Image hystéroscopique de l'épithélioma. — L'hystéroscopie est généralement facile dans le cancer de l'utérus au début ; le col se laisse assez facilement dilater ; le tube hystéroscopique de petit calibre pénètre et évolue facilement dans la cavité utérine. L'écoulement sanguin est souvent assez abondant ; mais avec notre appareil il ne gêne pas considérablement l'examen.

On voit alors sur un point variable de la cavité utérine, généralement au niveau du fond, une surface plus ou moins irrégulière d'étendue variable. Quelquefois on a affaire à une tumeur pédiculée ; mais souvent le néoplasme est sessile. Il se présente alors sous deux aspects différents.

a) *Forme villeuse.* — On voit dans le champ de l'instrument des végétations en forme de villosités formant une sorte de nappe ressemblant assez aux villosités d'endométrite chronique (observation VI) ; leur aspect est cependant un peu plus grisâtre. Cette zone villeuse se détache avec assez de netteté sur le fond de la muqueuse qui a conservé son aspect habituel, lisse et blanc rosé, ou qui est plus ou moins congestionné. Ces villosités saignent quelquefois assez facilement au moindre contact et la manœuvre de l'hystéroscope les fait saigner.

b) *Forme polypeuse.* — Dans cette variété les végétations néoplasiques sont plus volumineuses, plus exubérantes : elles sont souvent pédiculées ; elles se montrent alors avec un aspect en chou-fleur assez comparable, à celui des polypes muqueux (pl. h. t. fig. 5). Les végétations sont plus ou moins volumineuses, assez irrégulières, de couleur blanc grisâtre.

Souvent on rencontre à la fois ces deux aspects. Sur un fond hérissé de petites saillies villeuses, se détachent des masses plus volumineuses et bourgeonnantes (observation VII).

Diagnostic hystéroscopique. — On voit que l'aspect endoscopique du néoplasme utérin est assez voisin de celui de certaines endométrites chroniques villeuses ou fongueuses. Nous avouons que le plus souvent le diagnostic macroscopique est impossible et qu'on ne peut savoir d'après le simple examen visuel si l'on a

affaire à des végétations d'endométrite ou à un cancer. Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point. L'exploration endoscopique fait voir qu'il existe une tumeur intra-utérine qui ressemble à de l'épithélioma ; mais l'examen histologique peut seul donner une certitude suffisante pour décider une intervention : On va alors au moyen d'une pince de Kollmann, saisir à travers le tube hystéroscopique ouvert un petit fragment de tumeur que l'on soumet à l'examen microscopique.

Il ne faut pas dire pour cela que l'examen hystéroscopique est inutile ; c'est grâce à lui que l'on découvre la tumeur. Mais nous savons que le plus souvent le microscope seul a le pouvoir de permettre de se prononcer sur la nature bénigne ou maligne d'une tumeur ; l'examen macroscopique suffit rarement ; il n'y a pas de raison pour qu'il en soit autrement quant à l'utérus et l'on ne saurait s'en étonner. L'hystéroscopie garde cependant sa valeur ; si l'on ne voit pas de tumeur ou de végétations de la muqueuse, l'hypothèse d'un épithélioma peut être absolument écartée. S'il existe une tumeur on peut en général voir du premier coup s'il s'agit ou non d'un fibrome ; cette tumeur éliminée on se trouve hésiter entre le cancer et la métrite chronique et l'on appelle l'histologiste à son secours.

Cancer du col. — Le cancer du col est le plus souvent évident ; il est facilement accessible à nos moyens d'exploration habituels. Cependant il est des cas ou le cancer du col reste pendant un temps plus ou moins long limité à l'intérieur du canal cervical sans se manifester au dehors. Il est certain qu'alors l'hystéroscopie peut également rendre des services.

Mais même lorsque le cancer du col est de diagnostic facile, il n'est pas sans intérêt de pratiquer l'examen endoscopique pour se rendre compte de l'état de la cavité corporelle. Il arrive, en effet, fréquemment que le cancer se propage à la muqueuse du corps de proche en proche, ou bien qu'il existe dans la cavité utérine des foyers cancéreux secondaires tout à fait indépendants de l'épithélioma primitif du col. Grâce à l'hystéroscopie on peut les reconnaître.

Cependant il est certain que cette constatation n'offre qu'un

intérêt secondaire puisqu'elle n'influe pas sur la conduite thérapeutique. En effet, ce n'est pas le fait de l'extension vers le corps qui importe au point de vue opératoire ; il s'agit de savoir s'il y a ou non envahissement du paramétrium, de la gaîne hypogastrique et des organes de voisinage.

L'hystéroscopie est donc beaucoup moins importante dans le cancer du col que dans celui du corps de l'utérus.

Malformations utérines. — L'hystéroscopie peut rendre compte de malformations utérines. Nous avons vu, dans le service de notre maître, M. le docteur Porak, une femme venant de faire un avortement de six mois, *dont l'utérus était didelphe.* L'hystéroscopie nous montra, avec la plus grande netteté, à 4 ou 5 centimètres de l'orifice externe du col, une épaisse *cloison antéro-postérieure*, d'aspect blanchâtre, séparant deux orifices : l'un situé à droite, était tapissé par une muqueuse absolument lisse : l'autre, situé à gauche, largement dilaté, irrégulier, tapissé par une muqueuse tomenteuse, d'aspect grisâtre et blofard, laissant sourdre un liquide séropurulent. L'hystéroscope pénétrait d'ailleurs facilement par cet orifice dans la cavité du second utérus, qui venait d'être gravide et qui était infecté alors que la cavité voisine, multipare paraissait saine. (Pl. h. texte fig. 6, Observation 25).

Cette observation montre que l'endoscopie permet de reconnaître les anomalies de développement de l'utérus, ce qui n'a d'ailleurs qu'un intérêt de pure curiosité.

Corps étrangers de l'utérus. — Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer, mais Clado (1) en a rencontré quelques cas ; l'endoscopie lui a été extrêmement utile pour les reconnaître et en faire l'extraction.

Dans la majorité des cas, lorsqu'un corps étranger est abandonné dans la cavité utérine, il est expulsé spontanément par les seules contractions de l'organe au bout de quelques heures ou de quelques jours. Mais dans certains cas, le corps étranger peut être retenu dans la cavité utérine où il subit un véritable

1. Clado, *loc. cit.*

« enclavement ». « Deux conditions, dit Clado, sont nécessaires « pour que cet enclavement ait lieu. Elles peuvent intervenir « séparément ou bien simultanément. Tantôt, en effet, le corps « étranger est muni d'aspérités qui le fixent en un point, tantôt, « il prend par l'effet même de ses propriétés, des dimensions en « disproportion avec l'isthme, et reste dans la partie la plus « spacieuse de la cavité utérine, c'est-à-dire dans la cavité cor- « porelle. » Lorsque cet enclavement existe, l'endoscopie seule permet de reconnaître le corps étranger et de se rendre compte des moyens de l'extraire sans endommager l'utérus.

Dans un cas, Clado put ainsi voir et retirer facilement au moyen d'une pince des fragments d'une tige de laminaire qui s'était rompue dans l'utérus et étaient plus ou moins enfoncés dans ses parois. Une pince ou une curette introduites et manœuvrées à l'aveugle dans cet utérus auraient eu de grandes chances de passer à côté des corps étrangers et ne les auraient extraits qu'en traumatisant plus ou moins l'utérus.

Le deuxième cas de corps étranger reconnu par Clado grâce à l'hystéroscope est assez curieux pour mériter d'être rapporté *in extenso*.

« Au mois de mai 1896, une malade entrait à l'Hôtel-Dieu avec tous les signes d'une infection à point de départ utérin, se présentant dans des conditions tout à fait graves. Avec peu de phénomènes localisés à l'hypogastre, sans signes de péritonite ni de suppuration des ligaments larges, elle avait une température qui oscillait autour de 40 degrés. Sa langue était sèche, et ses dents couvertes de fuliginosités. Du côté de l'utérus, on constatait des pertes sanguinolentes, alternant avec l'écoulement d'un liquide puriforme, de couleur noirâtre et d'odeur fétide. Le médecin qui lui avait donné ses soins en ville nous raconta qu'elle avait fait une fausse couche de quatre à cinq mois, six jours auparavant, mais que dans cette fausse couche elle n'avait rendu que le placenta, et que le fœtus restait inclus dans la cavité utérine. Il ajouta qu'il avait essayé à plusieurs reprises d'en faire l'extraction sans y parvenir : dans ces tentatives, il

affirmait avoir senti le fœtus assez profondément placé dans la cavité de l'utérus.

« L'hystéroscopie fut pratiquée le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, après une longue irrigation au permanganate suivie d'une irrigation d'eau chaude. Il nous parut inutile de faire la cocaïnisation de l'utérus, la malade étant dans un tel état de dépression qu'elle devait à peine sentir les manœuvres de l'hystéroscope. Un gros tube hystéroscopique fut introduit d'emblée dans la cavité utérine, et permit de reconnaître immédiatement un corps noirâtre, couvert de débris de muqueuse sphacélée et de pus. Il était criblé de trous fins qu'on put reconnaître nettement en irriguant le point observé par l'hystéroscope. En y exerçant des pressions avec un hystéromètre, on constatait que ce corps était dépressible et mollasse. Bref, malgré toute l'invraisemblance du diagnostic, on fut conduit à penser qu'*il s'agissait d'une éponge* incluse dans la cavité utérine. Elle fut saisie avec une pince à abaissement, à travers le tube et retirée de la cavité en même temps que lui.

« Il s'agissait bien d'une éponge, rendue méconnaissable par son imbibition dans les liquides infects s'écoulant de l'utérus. Elle était un peu plus volumineuse qu'un citron, noirâtre aussi bien à la surface que dans la profondeur, et exhalait une odeur infecte.

« Après l'extraction de l'éponge, on examina de nouveau la cavité utérine avec l'hystéroscope, sans trouver aucune trace de fœtus ni de membranes. La cavité utérine complètement vide était anfractueuse ; l'endomètre, dilacéré sur plusieurs points, offrait une coloration variant, suivant les points du rouge sombre au gris noirâtre, d'apparence sphacélique.

« Il était facile, à la suite de cette constatation, de reconstruire l'histoire de la malade. L'avortement avait bien eu lieu, mais vraisemblablement les renseignements fournis au médecin étaient inexacts. Une éponge préparée avait dû être introduite dans le but de dilater le col pour faciliter l'extraction du fœtus supposé retenu, elle était restée dans la cavité utérine. »

Pichevin et Boisseau du Rocher ont pu également voir dans le service de M. le professeur Le Dentu un morceau d'éponge resté

dans l'utérus d'une malade (Doléris et Pichevin, *La pratique gynécologique*, 1896).

On voit de quel secours peut être l'hystéroscopie dans ces cas de rétention de corps étrangers. Ceux-ci sont à la vérité assez rares ; il n'en est pas moins vrai que si l'on en soupçonne l'existence on devra recourir à l'hystéroscope pour voir le corps du délit ou se convaincre de la vacuité de l'utérus.

II. — Etude endoscopique de l'utérus après l'accouchement et après l'avortement, à l'état normal et à l'état pathologique.

A. — Endoscopie de l'utérus après l'accouchement a terme

L'examen endoscopique de l'utérus après l'accouchement est particulièrement facile. Sa technique est encore beaucoup plus simple qu'en dehors de la puerpéralité. Point n'est besoin, en effet, de faire de dilatation préalable. On pénètre et on évolue avec la plus grande facilité dans l'utérus.

Il est seulement nécessaire, nous revenons à dessein sur ce point, d'employer pour l'endoscopie de l'utérus puerpéral des tubes de *fort* calibre. Nous nous servons de notre tube de 18 mm. de diamètre et de 22 cm. de longueur.

Nous ne revenons pas sur la facilité avec laquelle on peut voir *toutes les parties* de l'utérus après l'accouchement.

D'autre part, malgré les indications très précises fournies dans l'état puerpéral par le toucher intra-utérin, il est incontestable que dans nombre de cas l'examen visuel fournit des renseignements encore beaucoup plus précis et que bien souvent c'est lui seul qui peut élucider le diagnostic.

1° Examen hystéroscopique de l'utérus après un accouchement normal. — Nous avons eu l'occasion d'examiner avec notre maître, M. le docteur Macé, un certain nombre d'utérus normaux aussitôt après la délivrance.

La muqueuse utérine paraît, dans toute sa surface, absolu-

ment lisse, d'une couleur uniformément rosée sur laquelle tranchent des arborisations vasculaires plus ou moins épaisses.

Au niveau de l'insertion placentaire, on voit avec une netteté extrême l'irrégularité de la surface sous la forme d'une zone rugueuse, inégale et mamelonnée ponctuée par des coagulations sanguines qui sont d'un rouge noirâtre et donnent assez exactement à l'aire placentaire l'aspect d'une surface parsemée de *petits fragments de truffe* (pl. h, texte fig. 7).

Nous décrivons cet aspect de l'utérus normal aussitôt après l'accouchement, pour servir de terme de comparaison avec les cas où il existe des lésions pathologiques de la muqueuse ou ceux où il y a rétention dans l'utérus de débris quelconques.

Rétention placentaire. — Après l'accouchement à terme, l'hystéroscopie n'est pas indispensable en cas de rétention totale du placenta. Il est très facile de sentir avec la main introduite dans l'utérus le gateau placentaire, et de faire la délivrance artificielle.

Il n'en est plus tout à fait de même lorsque le placenta a été déchiré et qu'il n'en reste que des cotylédons ou des débris, plus ou moins adhérents, plus ou moins enchâtonnés à côté desquels le doigt passe facilement ou dont il peut méconnaître la nature.

C'est dans ces circonstances que l'hystéroscopie peut intervenir utilement. Grâce à elle, nous avons pu dans plusieurs cas reconnaître et extraire des débris de placenta qui avaient échappé à un curage digital soigné (observations 17, 18, 19).

Le placenta retenu se reconnaît facilement à son aspect caractéristique. On le voit sous la forme d'une surface gaufrée, mamelonnée, lobulée ; sa couleur est habituellement d'un gris noirâtre, quelquefois rougeâtre, suivant son degré d'altération (pl. h. texte fig. 8).

L'examen endoscopique permet d'aller avec certitude à la recherche des cotylédons adhérents et facilite beaucoup le curage digital. On peut même facilement, à l'aide la curette, détacher les fragments adhérents sous le contrôle direct de la vue.

Enfin, après le curage digital, on peut faire, pour ainsi dire, une revision de la cavité utérine et constater, mieux qu'avec le doigt, si l'opération a été complète ou non.

Rétention de débris de membranes ou de caillots. — L'examen endoscopique montre avec la même netteté les *lambeaux de membranes* qui restent et qui sont très faciles à reconnaître. On les voit sous la forme de lambeaux plus ou moins recroquevillés et adhérents. Lorsqu'il y a rétention de toutes les membranes, le diagnostic est plus difficile, car les membranes intactes offrent à l'œil une surface lisse et unie d'aspect semblable à celui de la caduque utérine. Dans ce cas, le doigt est un guide plus sûr que l'œil.

Les *caillots* adhérents se montrent sous la forme de petites masses noirâtres, irrégulières, plus ou moins volumineuses, assez faciles à distinguer de débris placentaires dont ils n'ont pas l'aspect organisé et lobulé ; ils s'en distinguent également par leur coloration rouge brun beaucoup plus foncé que celle du placenta.

Les observations 12, 13 montrent comment l'hystéroscopie peut déceler ces débris et en permettre une facile extraction.

Mais dans tous les cas que nous venons de passer en revue, l'examen hystéroscopique n'est qu'un adjuvant du toucher et ne lui est pas constamment supérieur. Il en est d'autres où il permet de constater des lésions qu'aucun autre procédé d'exploration ne ferait soupçonner et que le toucher le plus soigneux ne saurait montrer.

2° Lésions de l'endomètre dans l'infection puerpérale. — Dans les cas d'infection puerpérale *légère*, l'endomètre ne présente pas de lésions appréciables à l'œil d'une façon très nette, tout au plus remarque-t-on une coloration plus pâle de la caduque et un aspect légèrement dépoli.

Il n'en est pas de même dans les cas graves : dans l'*endométrite puerpérale intense*, l'endomètre présente une *coloration générale blanc grisâtre* tout à fait spéciale, bien différente de la coloration rosée habituelle : en outre, la caduque apparaît irrégulière, tomenteuse, hérissée de petites saillies. Cet aspect est absolument caractéristique et suffit chez une femme récemment accouchée ou avortée pour faire faire le diagnostic d'infection puerpérale.

Ulcérations. — Dans un assez grand nombre de cas, nous avons constaté au cas d'endométrite puerpérale intense, l'existence d'*ulcérations* de la caduque (observation 14).

Aspect hystéroscopique. — Ces ulcérations se présentent à l'hystéroscope sous l'apparence suivante : on voit des surfaces grisâtres ou noirâtres, de contour irrégulier, déchiqueté, géographique, de dimensions variables, depuis celles d'une lentille, et pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre ; tantôt elles sont légèrement déprimées, tantôt ces surfaces sont absolument de niveau avec le reste de l'endomètre dont elles ne se distinguent que par leur coloration.

Ces lésions représentent *un véritable sphacèle superficiel* de l'endomètre, les parties sphacélées étant ou non éliminées.

Escares. — Ce même processus peut d'ailleurs, en s'aggravant, aboutir à des lésions beaucoup plus profondes et beaucoup plus étendues, à de véritables *gangrènes* plus ou moins localisées, donnant lieu à des *escares*.

Nous avons vu cela chez une malade de la Maternité.

La malade était atteinte d'une infection puerpérale assez intense et datant déjà de plusieurs jours. Les deux tiers supérieurs de la paroi antérieure de l'utérus présentaient un aspect gangréneux : il y avait là une véritable escare, de *couleur brun foncé*, à limites irrégulières, d'une largeur de trois doigts environ, d'une longueur de dix à douze centimètres ; les plis normaux de la muqueuse étaient conservés ; il n'y avait pas de tuméfaction ni de modification de forme de l'endomètre (observation 15).

Il est certain que la vue seule peut rendre compte de pareilles lésions qui échappent complètement au toucher le plus minutieux. Leur constatation permet d'instituer une thérapeutique plus rationnelle et de faire porter les pansements exactement à l'endroit malade.

B. — L'hystéroscopie après l'avortement

L'examen endoscopique de l'utérus est encore beaucoup plus utile après l'avortement qu'après l'accouchement à terme. Ici,

en effet, le toucher intra-utérin est beaucoup plus difficile, surtout lorsqu'il s'agit d'un utérus encore peu développé. Dans ces conditions, le diagnostic de rétention placentaire offre plus de difficultés qu'après l'accouchement et ne peut souvent être fait que par le curetage. L'examen endoscopique peut alors donner une certitude et permet de ne pratiquer l'intervention qu'à bon escient.

Après l'avortement, il y a souvent rétention *totale* du placenta et celui-ci se voit très aisément à l'hystéroscope ; nous n'insistons pas sur l'aspect hystéroscopique des débris retenus dans l'utérus ; nous nous sommes suffisamment étendus sur ce point.

Lésions traumatiques de l'utérus ; avortements provoqués. — Mais là où l'hystéroscopie rend vraiment d'inappréciables services, c'est pour le diagnostic des lésions traumatiques de l'utérus en cas d'avortement criminel, cas malheureusement si fréquent en pratique. On sait combien souvent il existe des perforations, des déchirures plus ou moins larges et plus ou moins profondes de l'utérus. Ces lésions sont visibles avec la plus grande netteté à l'hystéroscope. Nous ne voulons pas dire par là que l'on pourra voir *toujours* une simple piqûre par exemple, qui n'aura laissé que très peu de traces : mais s'il y a une véritable plaie de l'endomètre on la reconnaîtra très facilement.

C'est ainsi que Clado a pu observer une *perforation mettant en communication la cavité utérine avec la cavité abdominale.* A travers cette perforation, dont les bords étaient grisâtres, il s'écoulait du pus en assez grande abondance qui venait envahir le tube hystéroscopique.

Nous avons eu l'occasion d'obtenir un fait complètement analogue dans le service de M. le docteur Michaux ; une malade qui avait fait quelques jours auparavant un avortement de six mois et qui, depuis ce moment, souffrait beaucoup du ventre, avait de la fièvre et présentait un écoulement séro-purulent très abondant et très fétide. La malade paraissait très profondément infectée ; le toucher montrait un utérus de forme et de consistance

normales, un peu douloureux à la palpation. L'examen hystéroscopique fut pratiqué chez cette malade ; toute la cavité utérine présentait cet aspect blafard que nous avons décrit dans l'infection puerpérale, sa surface était hérissée de villosités, de ruguosités inégales ; de place en place nous remarquâmes des exulcérations superficielles de la dimension d'une lentille ou d'une pièce de 50 centimes, de contour irrégulier et déchiqueté, de couleur grisâtre ; en certains points, la muqueuse était noirâtre. Mais, et c'est là le point le plus intéressant, nous aperçûmes vers le fond de l'utérus, sur la face postérieure, *une perte de substance* assez large ; elle avait la forme d'un orifice irrégulier, allongé transversalement, ayant environ 1 centimètre de longueur et 1/2 centimètre de largeur. Elle se présentait sous l'aspect d'un trou noir, comblé en partie par un caillot sanguin ; ses bords étaient entourées de petites végétations irrégulières (pl. h. texte, fig. 10).

Ces constatations nous amenèrent à supposer que la malade avait dû faire provoquer son avortement au moyen d'un instrument qui avait fait une *véritable perforation* de la paroi, perforation peut-être incomplète d'ailleurs, car nous n'avions pu voir si la paroi avait été intéressée toute entière.

Interrogé par nous à ce sujet, la malade, renonçant à nier, nous avoua alors qu'elle s'était effectivement fait avorter et que l'on s'était servi pour cela d'une aiguille qui avait été évidemment l'agent de la perforation.

La malade mourut quelques jours après ; à l'autopsie on trouva du pus dans le péritoine ; nous pûmes vérifier sur l'utérus enlevé l'exactitude des renseignements fournis par l'hystéroscopie et les compléter : nous nous rendîmes compte que la perforation était en réalité complète : la déchirure, en entonnoir allait jusqu'au péritoine qui en formait le fond et qui présentait lui-même une solution de continuité linéaire (observation 24).

Nous insistons sur l'intérêt que présente la possibilité de constater par l'examen visuel quel est l'état de la cavité utérine après un avortement ; cet examen permet de voir des lésions de même nature que celles que nous venons de rela-

ter. Cette constatation peut avoir des *conséquences thérapeutiques* de premier ordre, puisqu'elle commande, si elle est faite à temps, une intervention hâtive et radicale, l'hystérectomie. Il n'est pas douteux que l'on se serait décidé à pratiquer cette opération chez la malade dont nous parlions plus haut, si le traumatisme n'avait pas déjà daté de plusieurs jours et si la malade n'avait pas été si profondément infectée. Mais la facilité de reconnaître de très bonne heure les perforations utérines que l'on soupçonne à peine en général, parce que les malades n'avouent pas les circonstances de leur avortement, permettrait de les opérer à temps et de leur sauver la vie.

En outre l'hystéroscopie peut avoir dans ces cas une grande importance au *point de vue médico-légal*. L'existence d'une plaie, déchirure ou perforation quelconque de l'endomètre après un avortement indique avec certitude que celui-ci a été provoqué, que l'on se trouve en présence d'un avortement criminel. Cette constatation ne pouvait jusqu'à présent être faite qu'à l'autopsie ou au cours d'une opération que l'on ne pratiquait que très rarement faute de diagnostic ferme. On peut la faire très facilement sur la femme vivante grâce à l'hystéroscopie.

CHAPITRE VII

ESSAI DE DIAGNOSTIC HYSTEROSCOPIQUE CLINIQUE

Ayant étudié les notions que l'on peut acquérir grâce à l'examen hystéroscopique dans les affections utérines justiciables de ce procédé d'exploration, nous voulons maintenant, dans une vue d'ensemble, essayer de montrer comment on peut arriver à faire un diagnostic d'après l'aspect objectif d'une lésion examinée à travers l'hystéroscope.

I. — Affections gynécologiques

On a affaire à une femme plus ou moins jeune, ayant, le plus souvent, un passé génital assez chargé qui vient consulter parce qu'elle a des pertes de sang très fréquentes ou très abondantes. L'interrogatoire ne révèle pas de symptômes très précis. Le toucher et le palper bimanuel ne montrent pas non plus de modifications très caractéristiques du volume, de la forme ou de la consistance de l'utérus.

On pratique l'hystéroscopie avec un tube approprié aux dimensions de l'utérus et l'œil reconnaît un des aspects suivants.

1° *Il n'y a pas de tumeur dans la cavité utérine*

A. — *Il n'existe pas non plus de modification de la forme des parois* qui sont lisses et régulières : la coloration est d'un blanc rosé uniforme.

On peut en conclure que les *métrorrhagies ne sont pas dues à une lésion utérine proprement dite* ; on doit alors en rechercher la cause dans une affection des annexes ou dans une maladie générale ; nous n'avons pas à entrer dans les détails de ce diagnostic étiologique.

B. — La muqueuse est simplement très congestionnée ; les vaisseaux sont dilatés et font plus ou moins saillie sous la muqueuse : celle-ci présente un aspect légèrement angiomateux.

S'il s'agit d'une femme atteignant ou ayant dépassé la quarantaine on a bien des chances de se trouver en face d'une pseudo-métrite, d'une *sclérose utérine*.

C. — Il n'y a pas de tumeur intra-utérine, *mais l'endomètre est revêtu d'une sorte de tapis de villosités* plus ou moins saillantes, irrégulières, de coloration blanc grisâtre.

On a presque sûrement affaire à une *endométrite chronique*. Cependant ce peut être un début d'épithélioma : il faut alors faire une biopsie.

D. — Au lieu de villosités on trouve des fongosités ayant une coloration analogue et dont l'aspect rappelle le frai de grenouille.

Il s'agit également d'une *endométrite chronique ou d'un cancer*.

2° *Il y a une tumeur intra-utérine*

A. — Cette tumeur est de forme régulièrement arrondie, de surface lisse, de coloration jaunâtre, de consistance ferme ; c'est un *fibrome sous-muqueux*.

B. — C'est une tumeur de forme polypeuse, végétante, lobulée, en forme de chou-fleur ; sa coloration est blanc grisâtre, sa consistance mollasse ; elle se laisse un peu aplatir par le tube hystéroscopique.

C'est très probablement un *polype muqueux* ; mais ce peut être aussi un *épithélioma* végétant ; encore une fois c'est l'examen microscopique d'un fragment enlevé par biopsie qui répondra.

II. — Après l'accouchement

Il y a de la fièvre, des lochies fétides ou purulentes, des signes d'infection dont la cause ne paraît pas très nette.

On fait l'hystéroscopie :

1° *Il ne reste rien dans la cavité utérine*

A. — L'endomètre est régulier, lisse et rosé : il n'y a pas d'endométrite puerpérale : il peut y avoir infection lymphatique ou sanguine, mais il n'y a rien à faire du côté de la cavité utérine.

B. — L'endomètre est d'aspect tomenteux, irrégulier, parsemé de saillies villeuses ; sa couleur est d'un gris blafard ; on voit à sa surface un exsudat louche séro-purulent.

Il y a endométrite puerpérale.

C. — On voit des surfaces irrégulières, noirâtres, plus ou moins creusées ; ce sont des plaques de sphacèle, des escares plus ou moins sérieuses témoignant de l'intensité des altérations de l'endomètre.

2° *Il reste quelque chose dans la cavité*

A. — On voit une masse d'aspect lobulé, de coloration brun rougeâtre ; c'est un fragment de placenta.

B. — On voit des débris plus ou moins recroquevillés et enroulés sur eux-mêmes, en partie détachés ; ce sont des fragments de membranes.

C. — On voit des masses noirâtres, irrégulières sans organisation apparente ; ce sont des caillots sanguins plus ou moins altérés.

III. — On soupçonne un avortement que la femme n'avoue pas ou dont elle n'est pas certaine

A. — La cavité utérine est régulière, lisse et rosée ; on peut être sûr qu'*il n'y a pas eu d'avortement récent.*

B. — On voit un placenta entier ou seulement des morceaux.

C. — Il y a des altérations profondes de l'endomètre qui est blafard, irrégulier, tomenteux ; il y a des chances pour qu'il y ait eu un avortement récent et pour que cet avortement ait été provoqué. On doit alors rechercher s'il n'existe pas de *plaie* ou de *perforation de la paroi.*

Telle est la façon dont les choses se passent le plus habituellement en clinique et dont il faut envisager le diagnostic dans les cas usuels. Nous n'avons eu en vue que les cas les plus fréquents et le tableau que nous venons de dresser est forcément un peu schématique ; mais nous espérons que tel quel il pourra être un guide utile pour le praticien non familiarisé avec la pratique de l'examen hystéroscopique.

Utilisation de l'hystéroscope pour la pratique de la biopsie. — Nous venons de voir dans le chapitre précédent que, quelle que soit la précision des renseignements fournis par l'hystéroscopie pour le diagnostic des affections intra-utérines, il est quelques cas où le diagnostic macroscopique est impossible et où l'examen histologique peut seul lever les doutes. Pour pouvoir le faire, il est nécessaire de prélever un petit fragment de la tumeur dont on suspecte la nature, de faire en un mot une biopsie. On fait celle-ci habituellement par un curettage exploratrice ; la curette ramène des débris dont on fait l'examen. Or, cette manière de faire est forcément aveugle et elle peut fausser les résultats ; en effet, la curette peut passer à côté de la région la plus malade ; les fragments sont prélevés au hasard et l'on peut, par exemple, soumettre au microscope une portion de muqueuse atteinte simplement de métrite chronique alors que la zone cancéreuse voisine a échappé à la curette.

La biopsie peut être pratiquée avec beaucoup plus de facilité et de sûreté au moyen de l'hystéroscope à éclairage interne. Elle peut être faite avec une curette à long manche et à petite cuiller ou mieux avec une pince spéciale analogue à la pince de Kollmann et dont nous avons donné la reproduction. C'est une longue pince à bec de canard dont la tige a une longueur de 22 centimètres de façon à pouvoir dépasser l'extrémité

de tous les tubes endoscopiques et dont les deux mors sont légèrement tranchants et forment une sorte de double curette. La biopsie est beaucoup plus facile à l'aide de cette pince.

Voici comment on procède. Ayant, par exemple, découvert avec l'hystéroscope une tumeur d'un point de la cavité utérine, on enlève la lampe, et l'on retire le tube interne, fermé. Le tube externe, ouvert, reste en place, tenu de la main gauche et appliqué contre la tumeur dont on veut prélever un fragment : on en assèche bien la surface plus ou moins saignante avec de petits tampons d'ouate montés sur des porte-cotons ; puis l'on réintroduit la lampe dans le tube externe ; introduisant alors la pince dans le tube, on va directement, *sous le contrôle de l'œil*, prélever un petit morceau dont on est sûr qu'il appartient bien à la zone malade suspecte.

Cette petite opération devient ainsi d'une précision extrême.

CHAPITRE VIII

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES DE L'HYSTEROSCOPIE

L'hystéroscopie peut encore être utilisée au point de vue thérapeutique ; de même qu'elle éclaire le diagnostic, elle peut guider le traitement.

1° *Pansements intra-utérins.* — En suivant la technique indiquée plus haut pour la pratique de la biopsie, *on peut se servir du tube hystéroscopique comme conducteur* pour faire un attouchement d'un point malade de la muqueuse avec un topique modificateur.

Il faut utiliser pour cela de longues tiges porte-coton qui se manœuvrent facilement dans la lumière du tube : on peut aussi se servir de la pince de Kollmann entre les mors de laquelle on saisit un petit tampon imprégné de la solution choisie ou un crayon médicamenteux quelconque.

Dans les cas où l'utérus est largement dilaté, on a encore plus d'avantage à passer son instrument dans la cavité à côté du tube hystéroscopique ; il y a à cette façon de faire un double avantage : d'une part, on peut conserver le tube fermé d'une glace et l'on n'est pas gêné par le sang ou les liquides ; d'autre part, on a un jeu beaucoup plus large pour manœuvrer l'instrument porte-topique ; en inclinant convenablement son tube, on peut ainsi suivre les mouvements du porte-topique et les guider exactement vers les points malades.

On arrive de cette façon à traiter d'une manière beaucoup plus efficace les endométrites et en particulier les endométrites puer-

pérales dont les ulcérations, que nous avons montrées fréquentes nécessitent un traitement local.

2° *Curettage.* — La même technique peut être suivie quelquefois pour pratiquer le curettage. Il n'est guère pratique de faire le curettage *à travers* le tube hystéroscopique, quoique Clado ait recommandé cette manière de procéder. Mais en introduisant *simultanément* l'hystéroscope et la curette, on peut guider celle-ci sous le contrôle de l'œil, et faire une opération beaucoup plus complète.

Il est indiqué, en tous cas, de faire suivre tout curettage d'une revision endoscopique de la cavité utérine et de constater de visu si l'utérus est parfaitement nettoyé. Nous nous sommes toujours bien trouvé de cette manière de procéder.

3° *Ablation de tumeurs.* — Dans les cas de tumeurs intra-utérines peu volumineuses et bien pédiculées, telles que petits fibromes et polypes muqueux, on peut à l'aide de la pince-curette aller sectionner le pédicule à travers le tube. Quand les dimensions de la tumeur empêchent d'agir de cette façon, on peut toujours, grâce à l'hystéroscopie, se rendre compte d'une manière très exacte des rapports très précis de la tumeur et de la meilleure voie à suivre pour l'aborder. L'opération s'en trouve de beaucoup facilitée.

4° *Extraction de corps étrangers.* — Nous avons vu avec quelle aisance on arrive à reconnaître les corps étrangers de l'utérus par l'examen hystéroscopique. Il est en général très facile, s'ils ne sont pas très volumineux, de les saisir avec la pince de Kollmann à travers le tube ouvert ; on peut ensuite soit les extraire à travers la lumière du tube, soit, s'ils sont trop gros, retirer à la fois le tube et la pince qui a saisi le corps étranger. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire cette extraction que Clado a réussi plusieurs fois.

Essais de cathétérisme hystéroscopique des trompes

Nous voulons, pour terminer ce travail, signaler une tentative qui nous semble intéressante, quoiqu'elle ne nous ait pas donné

de résultats jusqu'à présent. Nous avons pensé qu'il serait d'un très grand intérêt de pouvoir faire, sous le contrôle de l'endoscopie, le cathétérisme de l'orifice tubaire. Si cette opération était praticable, il est évident qu'elle pourrait conduire à des résultats de la plus haute importance pour le traitement des salpingites : on pourrait, en effet, arriver à dilater l'ostium utérinum et à drainer ainsi un certain nombre de collections salpingiennes dans des trompes non encore cloisonnées.

Cette idée de cathétériser les trompes n'est d'ailleurs pas très nouvelle ; *Tyler Smith* l'avait déjà eue en 1849 et l'avait mise à exécution ; il avait en vue la guérison des oblitérations tubaires consécutives à un épaississement de la muqueuse. Il se servait d'une sonde creuse, semblable à l'hystéromètre de Simpson, mais se terminant par une légère courbure. Smith introduisait cet instrument comme un hystéromètre, mais il en dirigeait la courbure vers l'ostium utérinum : quand il croyait avoir engagé le bec dans l'angle utérin, il enfonçait dans sa sonde un mandrin très fin qui s'engageait dans l'ostium et pénétrait dans le canal tubaire. Le mandrin était gradué de telle sorte qu'il était facile de calculer à quelle profondeur il pénétrait à partir de l'ostium (1). Tyler Smith estimait que son procédé était relativement facile et qu'il ne présentait aucun danger.

Cependant, son idée fut en général très mal accueillie et Smith ne trouva guère d'imitateurs. *Barnes* (2) seul la défendit : « Quand Tyler Smith a proposé cette opération qu'il a imaginée, dit-il, on l'a vivement combattue, on l'a déclarée dangereuse et inexécutable ; la véritable objection, c'est qu'elle est nouvelle et malaisée. Je pense que le ridicule qu'on veut jeter sur elle et l'opposition qu'on lui a fait ne l'empêcheront pas de faire son chemin si l'on arrive à diminuer les difficultés du diagnostic des cas qui en sont justiciables et de son manuel opératoire. Un grand nombre de raisons qui font accepter le cathétérisme de l'utérus s'appliquent à celui de la trompe ».

1. Doléris et Pichevin, *La pratique gynécologique.*
2. Barnes, *Traité clinique des maladies des femmes.*

D'autres gynécologues ont fait depuis Smith des tentatives analogues.

Doléris et Pichevin n'ont jamais pu découvrir l'ostium utérinum, même en s'éclairant avec un endoscope puissant.

C'est également dans le but de faire le cathétérisme de la trompe que *Blondel* fit ses quelques tentatives d'hystéroscopie, d'ailleurs sans résultats.

On voit donc que comme l'hystéroscopie, le cathétérisme de la trompe a depuis longtemps tenté les gynécologues sans qu'ils réussissent à trouver un manuel opératoire convenable qui permette de le pratiquer couramment.

Nous avons été séduit également par cet espoir de cathétériser la trompe et de guérir ainsi les salpingites au début, avant que les collections tubaires ne soient complétement enkystées et fermées.

Nous avons dit plus haut que nous ne sommes arrivés que deux ou trois fois à voir à l'hystéroscope l'ostium utérinum, toujours avec difficulté et nous n'avons jamais pu y pénétrer. Cependant cette opération est possible puisque Smith était parvenu à la réussir.

Il est certain que l'ostium utérinum est à l'état normal un orifice punctiforme, à peine visible, caché dans un repli de la muqueuse. D'autre part lorsqu'on l'a trouvé il est extrêmement difficile d'en faire le cathétérisme ; il admet à peine une soie de sanglier. Sur le cadavre, alors que nous l'avions sous les yeux, nous avons pu avec peine y passer un fil d'argent. Cependant, dans certains cas pathologiques l'orifice utérin et la portion interstitielle de la trompe peuvent subir une dilatation assez notable pour laisser passer un hystéromètre (Doléris et Pichevin). On pourrait donc, avec une meilleure technique arriver à réaliser le cathétérisme et nous ne désespérons pas d'y parvenir un jour.

Or, il est certain que la thérapeutique des affections tubaires y gagnerait beaucoup. Sans doute, à une période avancée de leur leur évolution, les salpingites kystiques sont impossibles à évacuer ; le canal tubaire est alors tortueux, coudé et ses orifices

sont en général complètement oblitérés. Mais au début des salpingites, nous pensons qu'alors que le canal a encore sa direction normale, qu'il est simplement dilaté, et fermé simplement du côté de l'ostium utérinum par la tuméfaction de la muqueuse et par un bouchon de mucus l'évacuation serait possible si l'on pouvait y pénétrer, le dilater et peut-être y faire de l'aspiration. Ne voit-on pas certaines trompes hydropiques s'affaisser tout d'un coup après s'être avacuées par l'utérus, comme Froriep l'avait observé depuis longtemps sous le nom d'hydrops confluens, et comme *Dartigues* (1) a eu l'occasion d'en voir un cas typique ?

D'ailleurs la dilatation et le cathétérisme de la trompe auraient encore d'autres applications d'un très grand intérêt, par exemple la guérison de certains cas de stérilité dus à sténose de l'ostium utérinum. On voit donc que cette opération méritait d'être tentée et tout en ayant le regret de ne pas l'avoir réussie, nous espérons que nous serons plus heureux dans l'avenir ou que d'autres après nous arriveront à la réaliser, si comme le disait Barnes « on arrive à diminuer les difficultés du diagnostic des cas qui en sont justiciables et de son manuel opératoire ». C'est ce désir qui nous a incité à terminer notre étude de l'hystéroscopie par l'exposé de nos tentatives malheureuses et de celles de nos devanciers.

1. Société de l'Internat, 27 juin 1907.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation 1. — *Endométrite cervicale*. Pas de lésions macroscopiques. — Il s'agit d'une femme de 36 ans, ayant eu deux enfants, les suites de couches ont été normales ; elle a toujours été bien réglée et n'a jamais souffert du ventre.

Depuis deux ou trois mois, la malade a des pertes muco-purulentes sentant extrêmement mauvais ; cependant la menstruation est très régulière et non douloureuse ; il n'y a pas d'écoulement sanguin dans l'intervalle des règles.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est en situation normale, mais il est augmenté de volume ; sa consistance est ferme ; il n'est pas douloureux à la pression. Les culs-de-sac sont absolument libres.

Au spéculum le col semble un peu gros, de forme normale ; l'orifice cervical est entr'ouvert ; il y a un léger ectropion de la muqueuse ; il n'y a pas d'écoulement actuel.

L'hystérométrie montre un agrandissement de la cavité utérine.

La malade est soumise à la dilation progressive au moyen de tiges de laminaire pendant deux jours.

Le 16 avril, la dilatation étant suffisante, nous pratiquons l'endoscopie au moyen du tube de 10 millimètres.

La muqueuse utérine se présente avec son aspect blanc rosé habituel, nous ne constatons aucune lésion macroscopique appréciable.

Nous faisons un badigeonnage intra-utérin à la teinture d'iode.

La malade a quelques petites coliques dans la journée et le soir une légère élévation de température (38°) qui cède le lendemain.

Observation 2. — *Endométrite hémorragique*. Pas de lésions macroscopiques. — Il s'agit d'une femme de 40 ans, ayant eu quatre enfants à terme ; tous les accouchements ont été normaux ; il n'y a jamais eu d'infection post-partum ; il y a dix mois la malade a fait une

fausse couche; depuis ce moment elle a des ménorrhagies et des métrorrhagies très abondantes dans l'intervalle de ses règles : il n'y a ni leucorrhée, ni écoulement purulent. Pas de douleurs. La malade n'a d'ailleurs jamais souffert du ventre, à aucun moment de sa vie génitale. Il y a quatre mois elle a eu une perte de sang encore plus abondante que les autres.

La malade se présente à la consultation de gynécologie de la Maternité le 7 avril 1907.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal ; l'utérus est de volume et de consistance normaux, il n'est pas douloureux au palper.

Au spéculum, le col se montre un peu gros, congestionné, mais non déformé ; la muqueuse de l'orifice est rouge, tuméfiée, en ectropion.

Nous faisons un badigeonnage intra-utérin à la teinture d'iode.

Nous pratiquons l'hystéroscopie le 9 avril.

Le col est dilaté au moyen de bougies de Hégar. L'hystéromètre montre que la cavité utérine a une longueur de 8 centimètres.

L'hystéroscope pénètre très facilement et sans provoquer de douleur jusqu'au fond de la cavité (tube de 10 millimètres). La muqueuse utérine apparaît avec son aspect normal ; elle est d'un blanc rosé, régulière ; il y a simplement des arborisations vasculaires plus marquées que d'habitude; léger suintement sanguin.

En l'absence de toute lésion macroscopique de la muqueuse nous nous contentons de faire un simple badigeonnage iodé.

La malade revient à la consultation du 16 avril ; elle n'a pas eu de douleurs depuis notre examen ; elle a perdu un petit peu de sang les deux jours suivants. Depuis elle va très bien et ne perd plus de sang.

Observation 3. — *Métrorrhagies.* L'endoscopie montre des *végétations d'endométrite* localisées au fond de l'utérus. — Mme Chal..., âgée de 35 ans, entre le 8 mai 1907 à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 44, dans le service de notre maître, M. le docteur Chaput. Cette femme a eu deux grossesses, la première il y a 16 ans, l'autre il y a cinq ans ; les accouchements ont été normaux de même que les suites de couches.

Depuis cinq ou six ans, la malade est atteinte d'une leucorrhée très abondante qui s'est encore beaucoup exagérée depuis deux mois. L'écoulement était assez fluide, non purulent, non sanguinolent, sans odeur ; il n'y avait pas de métrorrhagies. Pas de douleurs. Les règles sont irrégulières depuis un an ; tantôt elles avancent de quelques jours, tantôt au contraire, elles retardent ; elles manquent quelquefois pendant deux mois, mais ne sont jamais d'une abondance exagérée. Elles n'ont pas paru au mois de mars, puis sont venues, normales, le 1er avril, à la date habi-

tuelle. Il n'y a eu aucun symptôme de grossesse ; d'ailleurs la malade affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis un an.

Le 4 mai les dernières règles ont débuté ; le 8 mai est survenue brusquement, sans cause, une hémorragie très abondante avec caillots ; la malade a perdu beaucoup de sang, a eu des tendances syncopales, etc.

A son entrée à l'hôpital, la femme est très pâle, son faciès est très anémié, son teint un peu jaunâtre ; sa température est de 38° 5.

On pense qu'il s'agit d'une métrite.

Le 11 mai, au toucher vaginal, l'utérus nous paraît gros, mais de consistance normale ; il est en antiversion légère ; il n'est pas douloureux à la palpation. Le col a la forme, l'aspect et la consistance habituels ; il est fermé. Nous introduisons une laminaire pour dilater la cavité.

Le 15 mai, la laminaire n'a pu dilater suffisamment le col ; l'orifice interne ne s'est pas ouvert et a étranglé la laminaire ; il nous faut compléter la dilatation au moyen de bougies de Hégar.

Pour éviter l'écoulement sanguin nous badigeonnons la cavité utérine avec une *solution d'adrénaline Clin* à 1/1000.

Hystéroscopie. — Les parois antérieure et postérieure sont lisses et régulières, de coloration blanc rosé, de même que les angles. En revanche le fond de l'utérus est irrégulier, mamelonné, tomenteux, d'aspect végétant.

Il s'agit de végétation d'endométrite ; *notre examen endoscopique confirme donc* le diagnostic posé par la clinique.

Observation 4 (Due à l'obligeance de M. le docteur Souligoux). — *Métrorrhagies. Hystéroscopie montre des fongosités d'endométrite végétantes.* — La femme C..., âgée de 28 ans, entre le 15 novembre 1907 à l'hôpital Tenon, pavillon Dolbeau, dans le service de notre maître, M. le docteur Souligoux.

Cette malade n'a aucun passé génital ; elle s'est toujours bien portée. Il y a sept ans elle est devenue enceinte pour la première fois ; son accouchement et ses suites de couches ont été normaux.

Elle a fait une seconde grossesse il y a un an. Deux mois après son accouchement elle a commencé à avoir des métrorrhagies jusqu'au mois d'août 1907 ; ses pertes étaient peu abondantes, ne s'accompagnant pas de douleurs ni d'émission de caillots ; l'écoulement n'avait pas d'odeur ; il n'existait pas de symptômes généraux.

La malade entra alors à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, où l'on crut à une rétention placentaire, et où l'on lui fit un curetage à la suite duquel les métrorrhagies cessèrent pendant huit jours, puis reprirent plus abondantes.

La malade quitta Lariboisière au mois de septembre ; depuis ce

moment les pertes sanglantes ont continué, très abondantes jusqu'à maintenant.

Le 19 novembre, nous voyons la malade dans un état d'anémie extrême ; elle est très faible : la peau et les muqueuses sont décolorées ; la femme paraît exsangue ; elle a de fréquentes syncopes,

Son écoulement sanguin n'a pas de caractères spéciaux ; il n'y a pas de leucorrhée. Pas d'odeur. Pas de douleurs.

Toucher. — L'utérus paraît un peu gros ; il est mobile et non douloureux ; au niveau de la corne gauche, on sent une masse grosse comme une mandarine, sessile, de consistance dure qui paraît être un petit fibrome sous-péritonéal.

Le col est petit, de forme normale, un peu dur, légèrement entr'ouvert.

Les culs-de-sacs sont souples, les annexes saines.

Au spéculum, le col se montre d'aspect normal ; il n'y a pas d'ectropion de la muqueuse ; ni tuméfaction, ni rougeur.

Nous introduisons une laminaire pour pouvoir pratiquer l'endoscopie.

Hystéroscopie le 21. — L'utérus paraît un peu sensible ; la malade accuse quelques légères douleurs.

Dans les deux tiers supérieurs de la cavité, au niveau du fond et des parois de l'organe, on voit de petites végétations irrégulières, sessiles, en forme de chou-fleur ; leur volume paraît varier de celui d'un pois à celui d'un haricot, quelques-unes sont d'un blanc éclatant, d'autres ont une couleur blanc grisâtre.

Cet aspect nous fait croire qu'il s'agit d'un épithélioma, et M. Souligoux se décide à pratiquer une hystérectomie, mais on surseoit à l'opération parce que la malade est atteinte de grippe.

La malade est cependant opérée environ un mois après l'examen. L'utérus ouvert les végétations se montrent moins volumineuses qu'elles ne paraissaient être à l'hystéroscope.

L'examen histologique montre qu'il s'agit simplement *d'endométrite chronique.*

Observation 5. — *Polypes muqueux. Endométrite végétante. Curettage.* Guérison. — Madame M . . âgée de 44 ans, entre le 8 juin 1907 à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, dans le service de M. le docteur Chaput pour des métrorrhagies très abondantes.

L'interrogatoire nous révèle que cette malade a été toujours bien réglée, mais très abondamment ; depuis l'âge de 14 ans elle perdait habituellement pendant cinq ou six jours ; elle avait également un peu de leucorrhée. Elle a eu à l'âge de 18 ans une première grossesse, gémellaire, qui s'est terminé à sept mois et demi par suite d'une chûte : les enfants

étaient morts ; il n'y eut pas d'infection. Mais depuis ce moment la malade a toujours eu des métrorrhagies, de temps à autre. Depuis elle a eu quatre grossesses qui se sont très bien passées. Mais pendant la dernière, survenue il y a cinq ans elle a eu une grosse métrorrhagie au quatrième mois, elle a perdu du sang très abondamment pendant une journée, puis en quantité moindre pendant quinze jours. Cependant elle a conduit sa grossesse à terme et l'accouchement a été normal.

Il y a dix-huit mois, elle a eu des métrorrhagies très abondante qui ont duré vingt jours. Depuis ce mouvement les menstrues sont irrégulières et la malade perd du sang dans l'intervalle des règles.

Il y a un mois la malade a eu de nouveau une perte plus abondante et n'a plus cessé de perdre du sang depuis ce moment.

Cet écoulement est toujours constitué par du sang pur, il n'y a jamais de débris ; jamais de liquide glaireux, pas d'eau rousse ; de plus il n'a jamais d'odeur.

L'état général de la malade est assez bon ; cependant elle a légèrement maigri ; l'appétit a diminué, les téguments et les muqueuses sont d'une pâleur un peu jaunâtre. Il n'y a pas de douleurs.

Examen. — Au toucher, l'utérus semble très volumineux, il a les dimensions d'un utérus gravide de 2 mois, il est en antéversion légère ; sa consistance est ferme et régulière, sa forme est conservée ; on ne sent aucune irrégularité à la surface du corps ; celui-ci paraît contenir quelque chose.

Le col qui est largement ouvert laisse facilement pénétrer le doigt jusqu'au niveau de l'orifice interne, mais on ne peut aller plus loin. La surface interne du col est inégale, granuleuse, et présente sur les deux faces des saillies plus ou moins volumineuses donnant la sensation d'œufs de Naboth.

La mobilité de l'utérus est parfaite ; les ligaments larges sont normaux ; les annexes sont saines.

Au spéculum, on voit le col gros, largement ouvert, contenant de petits kystes à l'intérieur.

L'utérus saigne abondamment.

Nous pensons qu'il s'agit d'une métrite chronique avec sans doute un polype intra-utérin ; cependant étant donnés l'âge de la malade, son léger amaigrissement, son teint un peu jaune nous nous demandons si malgré l'absence d'autres signes nous ne nous trouvons pas en face d'un cancer du corps au début.

Aussi nous pratiquons l'*hystéroscopie* le 9 juin.

Le col étant largement perméable, nous faisons une dilatation extemporanée du corps au moyen de bougies de Hégar. Nous nous servons de tube de 10 millimètres dont l'introduction est très facile et nullement

douloureuse : mais le tube ne peut pénétrer jusqu'au fond de l'utérus.

Nous voyons, très distinctement une tumeur volumineuse, sessile, bourgeonnante, en forme de chou-fleur, de couleur blanc rosé, de consistance molasse, car elle se laisse déprimer par le tube : cette tumeur est étendue sur tout le pourtour de la cavité corporelle, remplissant presque complètement celle-ci et ne laissant qu'un très étroit passage sinueux représentant seul ce qui reste libre de la cavité.

Nous enlevons notre tube endoscopique et nous mettons une laminaire pour dilater et permettre un examen encore plus complet.

Le lendemain nous nous livrons à une *nouvelle hystéroscopie* : cette fois-ci le tube pénètre jusqu'au fond de l'utérus ; nous constatons alors que le fond et les parois sont entièrement tapissés de végétations polypeuses qui présentent les caractères susmentionnés.

Nous faisons alors le diagnostic de polypes muqueux d'endométrite végétante, diagnostic que vient confirmer l'examen histologique d'un *petit fragment de polype enlevé à la curette*.

Le 12 juin nous faisons un curettage soigné de l'utérus à la suite duquel la malade cesse de perdre du sang : elle quitte l'hôpital en bonne santé.

Observation 6. — Petits *fibromes* sous-muqueux. *Epithélioma cylindrique du corps de l'utérus.* — Madame P..., âgé de 38 ans, entre le 11 juillet 1907 à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, dans le service de M. le docteur Michaux. Cette femme n'a jamais souffert du ventre ; elle était bien réglée, mais ses règles étaient assez prolongées ; elle n'avait pas de leucorrhée, ne perdait pas d'eau rousse.

Elle n'a jamais fait de grossesse ni de fausse couche ; elle est mariée depuis un an.

Le 13 juin dernier, les règles surviennent à leur époque habituelle et durent quatre jours. Au moment où elle se terminent la malade ressent de violentes douleurs dans le côté droit du ventre et dans la région épigastrique ; en même temps la malade perd l'appétit ; elle a en particulier des dégoûts pour la viande et les matières grasses. Cet état de malaise dure plusieurs jours, puis cesse complètement.

Quelqués jours plus tard, vers le 26 juin, la malade recommence à perdre du sang en abondance : le sang est rouge, parfois coagulé en caillots noirâtres ; ces métrorrhagies ont duré jusqu'à maintenant.

La malade ressent quelques douleurs dans le ventre ; la douleur est surtout marquée à droite de l'ombilic sur une étendue grande comme une paume de main.

L'appétit est conservé : l'appareil digestif fonctionne bien ; le ventre est souple, un peu douloureux dans la région du foie ; ce dernier n'est pas augmenté de volume.

La malade accuse également quelques douleurs après la miction.

C'est d'ailleurs une névropathe.

Le toucher vaginal montre le corps utérin est un peu gros ; on le trouve en antéversion légère, régulier, non douloureux. Le col est petit, fermé, régulier ; c'est un col de nullipare.

Il n'y a rien dans les culs-de-sac.

Nous demandant s'il n'y a pas là un épithélioma du corps utérin, nous pratiquons l'*hystéroscopie* sur la demande de notre collègue Planson, interne du service.

La muqueuse utérine apparaît avec un aspect villeux généralisé à toute la surface, sa couleur est rouge foncé, elle est très congestionnée ; çà et là on trouve de petites végétations polypeuses.

Au voisinage du fond, implantée sur la paroi antérieure, vers la corne gauche par un large pédicule, nous voyons une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, absolument régulière, de surface lisse, d'une couleur blanc d'ivoire ; sa consistance est ferme car sa surface ne laisse pas déprimer par l'instrument qui la contourne facilement.

Nous faisons le diagnostic de *petit fibrome sous-muqueux*, dans un utérus atteint de métrite chronique.

Pour confirmer notre diagnostic endoscopique par l'examen histologique, nous enlevons à la curette un petit fragment des villosités muqueuses ; ce fragment est confié à M. Mauté, chef de laboratoire à l'hôpital Beaujon ; le diagnostic histologique est *épithélioma cylindrique*. En conséquence de ce diagnostic, les lésions étant bien limitées au corps, sans qu'il y ait aucun envahissement lymphatique appréciable, M. Michaux se décide à faire à cette malade une hystérectomie abdominale totale, opération qui est faite le 20 juillet.

L'utérus enlevé est volumineux ; à la coupe, ont trouve dans l'épaisseur de la paroi du côté droit une masse fibromateuse de la grosseur d'une noix ; ne faisant aucune saillie dans la cavité de l'organe.

En outre on trouve dans la corne gauche outre le petit fibrome que nous avions vu, deux autres petites tumeurs fibromateuses masquées par celle-ci, plus petites, du volume d'un pois Dans le reste du fond on voit d'abondantes villosités.

En résumé, l'examen direct de l'utérus enlevé confirme notre examen hystéroscopique ; il s'agit bien de petits fibromes sous-muqueux avec en outre un fibrome interstitiel que nous n'avons pu voir puisqu'il était dissimulé dans l'épaisseur de la paroi. Mais nous avons pris pour de la métrite chronique, des végétations qui étaient en réalité de nature épithéliomateuse, ce qui prouve une fois de plus la difficulté qu'il y a à faire le diagnostic macroscopique de la nature d'une tumeur. Malgré cette erreur notre endoscopie a été utile en nous permettant de découvrir les

petits fibromes et les villosités, qu'il était impossible de reconnaître autrement et dont l'examen microscopique conduit à une opération que l'on ne se serait pas décidé à faire sans cela, étant donnés le peu de symptômes que présentait la malade.

Observation 7. — *Epithélioma du corps utérin* révélé par l'hystéroscopie. — Madame B... âgée de 46 ans, entre le 14 juillet 1907 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, lit n° 10, dans le service de M. le professeur Le Dentu, remplacé par M. le professeur agrégé Mauclaire. Cette dame a été réglée à 11 ans ; elle a eu 9 enfants. Le premier à l'âge de 17 ans ; le dernier à 39 ans. Elle a en outre fait trois fausses couches (une de un mois et demi, une de trois mois, une de cinq mois) qui n'ont pas été consécutive, mais qui se sont intercalées entre les grosseurs ayant évolué jusqu'à terme. Elle a toujours été bien réglée et n'a jamais souffert du ventre, même pas après ses avortements ; mais elle n'a eu de métrorrhagies, jamais de leucorrhée ; il y a six mois elle a cessé de voir ses règles.

Depuis deux mois, elle est prise de *métrorrhagies abondantes*, survenant très irrégulièrement, à dès intervalles de quinze jours environ ; elle rend de gros caillots dont l'expulsion provoque des coliques d'ailleurs peu intenses ; dans les dernières semaines, les métrorrhagies sont devenues presque continues. La malade ne souffre pas ; ne perd pas d'eau rousse, ni de débris ; ses écoulements ne dégagent aucune odeur.

Elle n'a pas de troubles digestifs ; pas de constipation, ses selles sont normales ; en revanche elle éprouve quelques troubles urinaires ; elle a de la dysurie : les mictions ne sont pas douloureuses, mais la malade ne peut uriner spontanément malgré ses efforts et l'on est obligé de la sonder.

Son état général est très bon ; mais elle est très nerveuse, surtout depuis un accident survenu il y a treize mois (elle a été renversée par une voiture) elle présenta depuis cette époque des phénomènes d'hystéro-traumatisme, douleurs dans le côté gauche, troubles parétiques, palpitations, étouffements, troubles de la vue, étourdissements).

Au toucher vaginal le corps de l'utérus se montre gros ; il remonte jusqu'à trois travers de doigt du pubis ; il est en situation normale : sa consistance est régulière, et la surface ne présente aucune irrégularité ; il n'est pas douloureux à la pression.

Le col est gros, un peu entr'ouvert, il existe de petits kystes sur le museau de tanche.

On ne trouve rien dans les culs-de-sac.

La cavité utérine est très agrandie.

Le 23 juillet, nous pratiquons l'*hystéroscopie* chez cette malade sur la prière de notre collègue Marsan, interne du service.

Nous voyons sur le fond de l'utérus, principalement sur la paroi antérieure, de grosses végétations en forme de chou-fleur ; elles sont grosses comme des noisettes, irrégulières, les unes sessiles, d'autres pédiculées, de couleur blanc grisâtre ; dans l'intervalle de ces petites tumeurs, toute la muqueuse est hérissée de petites villosités.

Nous faisons en raison de l'aspect de ces tumeurs le diagnostic d'*épithélioma* du corps utérin ; une intervention est décidée ; malheureusement la malade ne veut pas se décider à se laisser opérer et quitte l'hôpital quelques jours après notre examen.

Observation 8. (Due à l'obligeance de M. le docteur Routier). — *Cancer du corps de l'utérus.* L'hystéroscopie montre des végétations épithéliomateuses. Examen histologique confirmatif. — Madame C..., surveillante âgée de 55 ans. Cette malade ne présente rien de spécial dans ses antécédents gynécologiques. Elle a toujours été bien réglée : elle a eu cinq enfants ; ses grossesses et ses accouchements ont été normaux.

La ménopause est survenue chez elle il y a huit ans. Depuis un an, la malade perd, à des intervalles irréguliers, un peu de sang, tantôt pur, tantôt éclairci par un peu de sérosité, mais *ses écoulements ne présentent jamais aucune odeur.*

La malade ne souffre pas, *son état général est parfait ; il n'y a pas d'amaigrissement, les forces sont intactes ; il n'y a pas d'anémie, le teint est normal.*

Examen de la malade. — Au toucher, l'utérus paraît absolument *normal au point de vue de sa forme, de son volume, de sa consistance ;* le corps est également normal ; le toucher ne réveille pas de douleur. On ne sent rien dans les culs-de-sac. La palpation du ventre ne révèle absolument rien.

a) *Hystéroscopie.* — La malade étant préparé pour une laparotomie, on lave et aseptise la vulve et le vagin. M. Routier procède à l'examen hystéroscopique.

L'utérus ayant été dilaté préalablement par des laminaires, l'hystéroscope entre facilement. L'utérus saigne un peu. La muqueuse semble partout normale sauf au niveau de la corne utérine droite. A cet endroit, on distingue nettement des masses blanchâtres végétantes.

b) *Curetage.* — La curette amène des fongosités d'aspect cancéreux, on se décide alors à pratiquer l'hystérectomie.

c) *Hystérectomie.* — L'utérus enlevé et examiné montre dans la corne utérine droite un tissu blanchâtre ; la paroi utérine se laisse facilement pénétrer à ce niveau.

d) *Examen histologique* (pratiqué par notre collègue Chénier), montre qu'il s'agit d'*épithélioma.*

Observation 9. — Métrorrhagies pendant les suites de couches. Cavité utérine d'apparence normale. — Il s'agit d'une femme de 40 ans, primipare, accouchée il y a six semaines à la Maternité ; l'accouchement s'est effectué normalement, à terme. Les suites de couches ont été normales.

La malade rentre le 14 avril 1907 dans le service de M. le professeur Charrin pour des métrorrhagies assez abondandes, survenues quelques jours auparavant et qui n'ont pas cessé depuis : il y a émission de sang liquide et de gros caillots. La malade ne souffre pas, il n'y a pas d'écoulement purulent entre les pertes de sang.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est un peu gros ; le col est légèrement perméable au doigt ; la consistance de l'organe est normale ; l'exploration ne provoque pas de douleurs ; il n'y a rien dans les culs-de-sac. Au spéculum le col se présente avec une apparence normale.

Nous croyons qu'il s'agit d'une rétention placentaire ; cependant nous ne faisons pas d'intervention immédiate, nous réservant de pratiquer l'endoscopie pour éclairer notre diagnostic.

En attendant la malade est soumise au repos au lit, aux applications de glace sur le ventre, aux injections chaudes.

Sous l'influence de cette thérapeutique l'écoulement sanguin s'arrête au bout de deux jours.

Cependant nous faisons l'hystéroscopie le 16 avril : nous nous servons du tube de 12 millimètres. *Malgré la présence du sang* en assez grande abondance, nous voyons bien la cavité ; celle-ci se présente avec son aspect normal ; nous ne trouvons *pas trace de placenta*, ni de débris quelconques.

L'opération a été tout à fait indolente.

Nous la terminons par un badigeonnage intra-utérin à la teinture d'iode, à la suite duquel la métrorrhagies ne reparaissent plus.

Dans ce cas l'endoscopie utérine nous a montré qu'il n'existait pas de rétention placentaire, comme nous le craignions, et a évité à la malade un curetage inutile.

Observation 10. — Infection puerpérale. Hystéroscopie huit jours après l'accouchement. Cavité utérine normale. — Femme G..., accouchée à terme à la Maternité, le 30 mars 1907. La malade présente de la fièvre dès le lendemain de son accouchement.

Le 2 avril, un curage digital ramène quelques débris de caduque.

Le 4 avril, la fièvre persiste, les lochies sont de bon aspect, sans odeur ; il existe au niveau de la vulve et de l'entrée du vagin quelques grandes plaques grisâtres, d'aspect sphacélique, ce qui nous incite à pratiquer l'hystéroscopie pour nous rendre compte de l'état de l'endomètre ; le col utérin est d'aspect normal.

L'examen endoscopique est pratiqué le 6 avril ; le tube *pénètre très facilement, malgré une antéflexion marquée* de l'utérus qu'il suffit de redresser avec la main appuyant à travers la paroi abdominale : l'introduction de l'instrument n'est pas douloureuse.

On voit admirablement tous les points de la cavité utérine.

La muqueuse est d'un blanc rosé, très lisse et unie ; sur toute sa surface ; on remarque de fines arborisations vasculaires ; la muqueuse est légèrement saignante. Le sang n'est d'ailleurs pas un obstacle à la netteté de la vision, car il fuit devant le tube qui le refoule et le verre s'applique contre la paroi utérine.

L'inspection de toute la cavité ne révèle rien d'anormal.

Observation 11. — *Infection puerpérale.* Hystéroscopie huit jours après l'accouchement. Cavité utérine normale. — Femme accouchée à la Maternité le 29 mars 1907. Nous pratiquons l'examen endoscopique de l'utérus le 5 avril, huit jours après l'accouchement parce que la malade est atteinte d'infection puerpérale avec fièvre, lochies fétides ; l'utérus est volumineux, largement perméable et nous voulons voir s'il ne reste rien dans la cavité utérine.

L'introduction du tube endoscopique est très facile et non douloureuse, on arrive très facilement au fond de l'organe que l'on voit très bien ; en mobilisant le tube nous arrivons à suivre toute la paroi dans ses moindres détails. La situation du fond de notre tube est contrôlée par notre aide qui le suit très bien avec la main à travers la paroi abdominale et la paroi utérine.

La muqueuse est lisse, d'un blanc rosé, avec de fines colorations vasculaires ; il n'existe aucune irrégularité ; nous ne voyons pas de caillots ni de débris d'aucune sorte.

Dans l'angle supérieur droit, nous voyons une tache rougeâtre, légèrement déprimée à son centre, de coloration plus foncée, qui *nous paraît être l'orifice tubaire*, situé à un centimètre environ du fond de l'organe.

Nous ne voyons pas l'orifice tubaire du côté gauche ; il nous est d'ailleurs très facile de nous orienter à l'intérieur de la cavité utérine ; nous repérons très facilement les diverses portions de la paroi.

Toutes ces manœuvres sont absolument indolentes.

Cette observation nous montre : 1° qu'il est très facile de s'orienter dans la cavité utérine après l'accouchement, qu'on en peut voir très distinctement toutes les parties, y compris le fond, ce qui a été contesté ;

2° Elle nous a montré que contrairement à ce que nous avions craint, il n'y avait pas de rétention de débris dans l'utérus, et que la muqueuse ne présentait aucune altération ;

3° Enfin, nous sommes à peu près certain d'avoir aperçu l'orifice de la

trompe, orifice que nous avons toujours cherché à voir dans toutes nos hystéroscopies, mais que nous avons vu très rarement d'une façon nette.

Observation 12. — Infection puerpérale. Hystéroscopie. *Rétention de débris de caduque.* — Il s'agit d'une femme accouchée à terme le 24 mars 1907 à la Maternité. L'accouchement a été normal.

Le lendemain de l'accouchement, la température monte à 40°. Il y a infection puerpérale ; la malade est passée au service de l'isolement où on lui fait immédiatement un curage digital suivi d'un badigeonnage à la glycérine créosotée. Malgré ce traitement, suivi d'injections intra-utérines bi-quotidiennes, la fièvre continue.

Le 30 mars, l'utérus étant coudé, nous plaçons un gros drain dans la cavité utérine. Il s'écoule en abondance un liquide séro-purulent très fétide.

L'infection continuant, nous nous décidons à pratiquer *l'hystéroscopie* avec notre appareil le 1er avril.

Nous voyons très nettement toute la cavité utérine ; la muqueuse est d'un blanc éclatant, légèrement rosé, d'aspect porcelainique, avec de fines arborisations vasculaires ; elle paraît remarquablement lisse et unie sur toute sa suface, sauf au niveau de l'union des parois antérieure et postérieure, du côté gauche, près du fond de l'organe ; à ce niveau on voit des irrégularités, des saillies villeuses, ne paraissant pas très volumineuses, d'une couleur rouge brunâtre, sur une surface de la dimension d'une pièce de cinq francs. Le fond de l'organe est absolument lisse et uni.

Sur nos indications un second curage digital est pratiqué immédiatement après notre examen par l'aide-sage-femme du service ; elle sent alors avec le doigt, au point que nous avons déterminé, dans l'angle gauche de l'utérus, des débris qui avaient passés inaperçus lors du premier curage ; ces débris sont enlevés et soumis à l'examen de M. Macé qui les reconnaît pour être de la caduque.

L'introduction et la manœuvre de l'instrument n'ont provoqué aucune douleur et n'ont même pas été perçus par la malade dont l'utérus est largement béant.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes. La fièvre tombe au bout de quelques jours et la malade sort guérie.

Observation 13. — Infection puerpérale. *Rétention de caillots adhérents.* — Femme accouchée à la Maternité le 29 mars 1907.

Infection puerpérale qui ne cède pas à un curage digital minutieux ni aux injections intra-utérines.

L'état général est bon : pas de lésion du vagin ni du col utérin.

L'endoscopie est pratiquée par nous le 6 avril. L'utérus est assez bien rétracté ; le col est revenu sur lui-même. Malgré cela l'introduction du tube hystéroscopique est très facile, non douloureuse ; l'instrument pénètre sans aucune difficulté jusqu'au fond de l'utérus.

Le fond, les bords, la paroi antérieure, sont d'un blanc rosé, lisses, sans irrégularités. En revanche *la paroi postérieure présente dans ses deux tiers supérieurs un aspect villeux, irrégulier* ; il n'y a pas de masse volumineuse, toute cette surface est d'une coloration *brun noirâtre*.

Le toucher intra-utérin est pratiqué immédiatement par notre collègue Chirié, qui reconnaît à l'endroit indiqué l'existence de ruguosités assez saillantes, très adhérentes ; ces petites masses sont enlevées avec le doigt et on reconnaît qu'il s'agit de caillots sanguins.

La malade est soumise aux injections intra-utérines et guérit rapidement.

Observation 14. — Infection puerpérale. L'endoscopie montre le *sphacèle de la muqueuse.* — Femme accouchée à terme à la Maternité le 5 avril. Cette malade a un rétrécissement notable du bassin (le diamètre promonto-pubien minimum ne mesure que six centimètres). L'engagement ne se faisant pas, notre maître, M. le docteur Porak fait une application de forceps.

Le lendemain soir la malade a de la fièvre, il existe une déchirure du vagin sur lequel on voit des plaques noirâtres d'aspect gangreneux remontant jusqu'au voisinage du col utérin. Celui-ci est déchiré, d'aspect gangreneux.

L'examen endoscopique montre que sur une grande étendue la muqueuse est d'une *couleur noirâtre, violacée* ; il existe en outre de nombreux caillots noirâtres adhérents à l'endomètre ; mais il n'y a pas de débris de membranes, pas d'irrégularités de la muqueuse. Malheureusement, il est difficile de pénétrer jusqu'au fond de l'utérus par suite d'un anneau de contracture extrêmement serré qui divise l'organe en deux cavités superposées. Nous n'insistons pas, tenant à ne pas prolonger l'examen à cause de l'état général très grave de la malade qui est atteinte d'un gros foyer de pleuro-pneumonie.

Observation 15. — Infection puerpérale. *Gangrène de la paroi utérine.* — Mme L..., âgée de 36 ans, est entrée le 24 juillet à la Maternité dans le service de nos maîtres, MM. Porak et Macé.

Cette femme n'a jamais été malade ; elle a eu ses premières règles à 11 ans depuis sa menstruation a toujours été régulière et abondante. Elle a fait trois grossesses qui toutes ont évolué normalement et dont les suites ont été excellentes. En 1894 elle a fait une chute d'un deuxième étage : elle tomba assise sur le sol, ne perdit pas connaissance

mais éprouva des douleurs très violentes, ne cédant qu'aux injections de morphine, siégeant dans le côté droit du bassin et la cuisse droite. On crut à ce moment à une fracture du bassin, et la malade resta au lit pendant trois mois après lesquels elle recommença à marcher mais très péniblement ; pendant deux mois elle ne marcha qu'avec des béquilles, puis elle reprit sa vie habituelle et ne souffrit plus. Elle boite depuis ce moment, ayant eu un raccourcissement de la jambe droite.

Elle a eu ses dernières règles le 15 octobre 1906 ; pendant le cours de cette grossesse, elle a consulté à plusieurs reprises une sage-femme qui lui a fait part de ses inquiétudes en raison du rétrécissement du bassin.

Elle entre en travail le 23 juillet ; le 24, la poche des eaux étant rompue et le travail n'avançant pas, la parturiente est conduite à la Maternité, à deux heures du matin. C'est une femme vigoureuse, bien constituée ; la jambe droite est un peu raccourcie.

Examen obstétrical. — Le côté droit du bassin est très redressé, la partie postérieure de la ligne innominée forme une convexité arrondie en dedans de sorte que la ligne innominée est redressée en dedans et donne l'impression d'un col. La gouttière sacro-iliaque est normale. Le promontoire est accessible. Le côté gauche est normal.

Le siège du fœtus est au fond de l'utérus ; la tête est fixée au détroit supérieur ; on aperçoit de petits membres à droite.

Le toucher montre le col dilaté comme une petite paume de main ; les membranes sont rompues ; l'excavation est vide.

Les bruits du cœur s'entendent à gauche et au-dessous de l'ombilic.

A quatre heures du matin, un nouvel examen montre qu'un segment de la tête pénètre dans la partie supérieure de l'excavation et laisse un vide très net à droite au niveau de la gouttière sacro-iliaque ; la suture sagittale est dirigée obliquement ; on ne sent pas les fontanelles, elles sont toutes deux au-dessus du détroit supérieur. Les contractions utérines sont très violentes.

Le lendemain, à 9 heures du matin, l'enfant rend son méconium. A quatre heures du soir, la dilatation n'a pas augmenté : elle est toujours d'une paume de main ; la tête est toujours très élevée avec une bosse séro-sanguine très volumineuse ; les contractions utérines très douloureuses se répètent toutes les dix minutes. L'enfant rend du méconium.

La température est de 38°. Le pouls est à 100.

A 9 heures du soir on se décide à pratiquer la basiotripsie, la délivrance est naturelle et complète.

Le lendemain de l'accouchement, les lochies sont très fétides ; on fait des injections intra-utérines qui ne ramènent pas de débris. La température de 38° le matin monte le soir à 38° 5. Elle retombe à 37 le 27.

Le 28 juillet les lochies sont de plus en plus fétides. La température est de 38° 6. Notre collègue Burnier fait un curage digital suivi d'une injection intra-utérine et d'un tamponnement de la cavité utérine au moyen de mèches imbibées d'un mélange d'alcool et d'eau oxygénée.

La température redescend un peu et oscille autour de 38°.

Les lochies, séro-purulentes, fétides, sont extrêmement abondantes.

C'est à ce moment que notre collègue Burnier nous demande de faire à cette malade un examen hystéroscopique.

Hystéroscopie le 1er août. — La malade paraît extrêmement infectée, elle a le facies terreux et plombé. La température est à 38°, le pouls à 76.

L'utérus est très volumineux, remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic, et de consistance très mollasse. Le col est très irrégulier et déchiqueté. Il s'écoule en abondance considérable un liquide séro-purulent d'odeur infecte, mais ne contenant pas de débris. Cependant on a fait une heure auparavant un tamponnement intra-utérin à l'alcool et à l'eau oxygénée.

Nous nous servons pour l'endoscopie du gros tube de 15 millimètres de diamètre et de 18 centimètres de longueur. Son introduction est extrêmement facile, nullement douloureuse. La vision est parfaitement nette.

Toute la muqueuse présente un aspect général blanchâtre et blafard : çà et là on voit de petites ulcérations très superficielles et de petites plaques de sphacèle, irrégulières, de la dimension d'une lentille, à bords déchiquetés, de couleur grisâtre. Mais surtout les deux tiers supérieurs de la paroi antérieure présentent un *aspect absolument gangreneux* : il n'y a pas de tuméfaction ni de modification de forme de l'endomètre, mais celui-ci présente à ce niveau une couleur brun foncé ; les plis normaux de la muqueuse sont conservés, l'escare est à limites irrégulières d'une largeur de trois doigts environ, d'une longueur de dix à douze centimètres.

Il n'y a pas de débris dans l'utérus.

On fait une injection intra-utérine à l'eau oxygénée suivi d'un tamponnement intra-utérin

Observation 16. — Opération de Gigli pour rétrécissement du bassin. L'hystéroscopie pratiquée trois jours après l'accouchement montre un sphacèle limité de la caduque par compression de la paroi antérieure sur le promontoire. — La femme B..., âgée de 29 ans, journalière, entre à la Maternité le 11 novembre 1907. Elle est enceinte, à terme ; elle entre en travail le 19 novembre à minuit. L'examen fait reconnaître que la parturiente a un bassin rétréci, justo-minor ; le promontoire est bas situé ; le diamètre promonto-pubien est de 9 c. 5.

Le col est dilaté comme deux francs. La position du fœtus est longitu-

dinale : le siège au fond de l'utérus, le dos à droite. Les membranes sont intactes. Elles se rompent spontanément le lendemain matin à 10 heures. A ce moment, la malade se plaint de violentes douleurs dans la région hypogastrique ; les contractions utérines ont été très énergiques pendant toute la nuit.

En raison de l'orientation de la tête qui est en présentation du front, et du rétrécissement du bassin, on craint une rupture utérine ; d'autre part l'enfant manifeste un état de souffrance : les bruits du cœur se précipitent, et l'enfant rend du méconium.

Notre maître M. le docteur Porak se décide alors à faire une *opération de Gigli*. Il termine l'accouchement par une application de forceps sur la face et extrait un enfant du sexe masculin pesant 3.040 gr. en état de mort apparente, mais que l'on parvient à ranimer.

On pratique la délivrance artificielle qui est complète.

Les suites opératoires sont excellentes, l'accouchée va aussi bien que possible, mais en raison de la longueur du travail, notre maître M. le docteur Macé suppose qu'il pourrait exister une ulcération de la paroi antérieure de l'utérus par compression sur la saillie coupante du promontoire.

Examen hystéroscopique. — Pour vérifier cette hypothèse M. Macé veut bien nous demander de faire un examen hystéroscopique.

Celui-ci est pratiqué le 23 novembre, trois jours après l'accouchement.

L'accouchée est placée en travers de son lit, les cuisses sont tenues par des aides qui essaient en même temps de rapprocher les deux moitiés du bassin pour ne pas exercer de traction sur la solution de continuité osseuse.

L'introduction et la manœuvre du gros tube endoscopique se fait avec une grande facilité, et sans douleur pour la malade.

La cavité utérine paraît absolument nette, ne contenant aucun débris ; sa coloration et son aspect paraissent normaux sauf au niveau de la paroi antérieure du segment inférieur. A ce niveau, sur une longueur de quatre à cinq centimètres, et sur une largeur d'un doigt, l'endomètre *présente une teinte grisâtre*, qui répond certainement à un sphacèle superficiel déterminé par la pression prolongée sur le promontoire.

La malade guérit d'ailleurs complètement.

Observation 17. — Métrorrhagie post-abortum. L'hystéroscopie montre une *rétention placentaire partielle* et permet ensuite de constater que l'opération a été complète. — Al. Leg., âgée de 26 ans, entre le 6 mai 1907 à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, lit n° 11, dans le service de notre maître, M. le docteur Chaput. Cette femme a eu une

première grossesse il y a sept ans, une seconde il y a cinq ans; accouchements et suites de couches furent normaux.

Il y a trois ans elle a fait une fausse couche de quatre mois et demi à la suite d'une chute; elle eut à la suite de cet avortement de la fièvre, des métrorrhagies pour lesquelles on fut obligé de lui faire un curetage à l'hôpital Saint-Antoine; trois jours après cette intervention elle eut de violentes douleurs dans le ventre; elle fut reprise de métrorrhagies et l'on constata qu'elle était atteinte d'une salpingite droite dont elle souffrit pendant deux mois.

Depuis ce moment, les menstruations sont très douloureuses; la malade ne souffre dans l'intervalle des règles que lorsqu'elle se fatigue.

De temps en temps elle a de la leucorrhée.

Il y a sept mois elle a fait un second avortement, celui-ci de deux mois; elle eut encore des pertes de sang abondantes et on lui fit un curetage à l'hôpital Lariboisière.

Depuis ce moment, elle souffre du ventre d'une façon à peu près constante.

Le 6 avril dernier elle a perdu du sang en assez grande abondance; il n'y avait pas de caillots: depuis ce moment la malade a des métrorrhagies continuelles.

Le 12 mai nous examinons la malade; au toucher l'utérus nous semble gros comme pour une grossesse de deux mois; il est un peu douloureux; sa forme est régulière; le col est entr'ouvert mais non ramolli. On provoque également une légère douleur dans le cul-de-sac latéral droit; la trompe est grosse environ comme le petit doigt.

Nous faisons le diagnostic d'avortement et nous nous décidons à pratiquer l'endoscopie avant de procéder au curetage. Nous dilatons à l'aide d'une tige de laminaire.

13 mai. Hystéroscopie. — Nous faisons préalablement un badigeonnage intra-utérin avec une solution d'adrénaline au 1/1000.

La paroi utérine se montre lisse et régulière, d'un blanc éclatant; mais sur la paroi antéro-latérale gauche on remarque de *nombreux débris placentaires, de couleur noirâtre*, recouvrant une surface grande comme une pièce de cinq francs.

Nous faisons séance tenante un curetage; la curette nous donne en effet la sensation qu'il y a un corps étranger mollasse à l'endroit que nous avons repéré; le cri utérin manque à ce niveau alors qu'on le perçoit nettement sur le reste de la surface utérine: nous ramenons les débris placentaires.

Nous faisons une injection intra-utérine à l'eau oxygénée.

Puis nous procédons à une *seconde endoscopie* qui nous montre qu'il ne reste rien dans la cavité utérine.

Nous terminons par un badigeonnage iodé.

La malade cesse de perdre du sang et part guérie.

Observation 18. — *Rétention de débris placentaires* post-abortum. — L... Ph..., âgée de 23 ans, entre le 4 juin 1907 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le docteur Chaput, salle Denonvilliers, n° 22. Cette femme a toujours été bien portante. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Depuis plusieurs années elle est atteinte de leucorrhée, sans que l'on puisse retrouver de traces d'une infection blennorrhagique.

Il y a quatorze mois elle a commencé sa première grossesse ; elle est accouchée à l'hôpital Saint-Antoine, et on a dû lui faire après son accouchement un curetage et un écouvillonnage.

Depuis ce moment elle n'a jamais souffert du ventre ; elle ne perd pas de sang, n'a plus de leucorrhée.

Le 28 mars dernier elle devait voir ses règles qui n'ont pas paru ; pas de règles non plus en avril, mais le 11 mai la malade a eu une perte de sang très abondante ; il n'y avait pas de caillots. Depuis ce moment elle perd du sang d'une façon à peu près constante ; depuis deux ou trois jours, elle souffre du ventre.

Le jour de son entrée le toucher nous fait constater que l'utérus n'est pas augmenté de volume et présente sa consistance habituelle : il est en antéversion légère. Le col est volumineux. La trompe gauche est tuméfiée, de la grosseur du petit doigt.

Au spéculum, le col paraît gros, entr'ouvert ; il y a ectropion de la muqueuse qui est rouge, avec de petits kystes miliaires.

La température est normale.

L'*endoscopie*, pratiquée le 6 juin après dilatation par une laminaire, nous fait voir que la paroi postérieure présente un aspect villeux, rugueux, rouge brunâtre, ressemblant à une surface d'insertion placentaire.

Le reste de la cavité se présente avec son aspect habituel blanc rosé et lisse.

Nous faisons alors un curetage, suivi d'une injection intra-utérine oxygénée et d'un badigeonnage iodé.

Une seconde hystéroscopie nous montre qu'il ne reste plus rien.

Observation 19.— Avortement de deux mois. Métrorrhagies. L'hystéroscopie montre une *rétention placentaire partielle*. Après le curetage *l'hystéroscopie montre que l'opération a été complète*. — Femme de 41 ans, ayant eu sept grossesses ; mais elle n'a eu que quatre enfants à terme et vivants ; elle a fait trois fausses couches ; on ne retrouve aucun antécédent syphilitique ; elle a toujours été bien portante. Elle n'a jamais souffert du ventre et est habituellement bien réglée.

Après une suspension de règles de deux mois, elle a eu il y a huit jours une perte de sang très abondante, elle a expulsé de gros caillots ; depuis ce moment elle pert constamment du sang ; il y a deux jours les hémorragies ont été particulièrement abondantes ; depuis elle perd beaucoup moins.

Elle a été examinée en ville par un médecin qui a fait le diagnostic d'avortement avec rétention placentaire.

La malade entre à la Maternité le 17 avril 1907.

Depuis son entrée à l'hôpital elle ne perd plus.

Nous pratiquons le toucher et nous trouvons l'utérus gros, de consistance normale, en antéflexion ; le col est entr'ouvert.

Nous pensons qu'il s'agit d'une rétention placentaire, mais nous tenons à contrôler notre diagnostic par l'examen hystéroscopique.

Hystéroscopie avec le tube 10 millimètres :

Le col étant largement ouvert, toute dilatation préalable est inutile ; *malgré la rétroflexion*, celle-ci étant très réductible, le tube pénètre très facilement sans la moindre douleur.

Toute la cavité utérine apparaît lisse, d'un blanc rosé, non saignante ; sauf au niveau de la partie moyenne de la face postérieure ; à ce niveau on voit des saillies irrégulières, d'une coloration brun violacé ; ressemblant à du tissu placentaire, recouvrant une surface large comme une pièce de cinq francs.

Il s'agit donc *bien de la rétention d'un morceau de placenta.*

En conséquence, nous faisons un *curetage* immédiat qui ramène en effet des débris placentaires, et nous le faisons suivre d'une injection intra-utérine à l'eau oxygénée.

Nous faisons alors une *seconde hystéroscopie* : cet examen nous montre alors la disparition de tous les débris placentaires ; il n'y a plus aucun corps étranger, à l'intérieur de la cavité, mais la muqueuse présente de larges éraillures dues au passage de la curette.

Notre curettage a donc été complet.

Nous faisons un badigeonnage iodé de la cavité.

Les suites opératoires ont été parfaites. La malade n'a pas souffert et a cessé de perdre du sang.

Observation 20. — Métrorrhagies post-abortum. L'endoscopie montre qu'il n'y a pas de rétention placentaire. — Madame B... L..., âgée de 31 ans, entre le 28 mai 1907 à l'hôpital Lariboisière salle Denonvilliers dans le service de notre maître, M. le docteur Chaput. Elle n'a jamais souffert du ventre, est bien réglée : n'a jamais ni métrorrhagie, ni leucorrhée.

Elle a fait une première grossesse il y a six ans ; l'accouchement et les

suites ont été parfaites. Une deuxième grossesse a également évolué d'une façon normale il y a quatre ans.

La santé générale est excellente.

Il y a quatre mois et demi, la malade a cessé de voir ses règles ; elle ne souffrait pas du ventre et n'avait non plus aucun autre symptôme de grossesse. Il y a deux mois et demi, elle a fait une grosse perte de sang avec de volumineux caillots. Depuis ce moment, elle a des métrorrhagies assez abondantes survenant à la suite des fatigues et des efforts.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons par le toucher vaginal que l'utérus est assez volumineux ; il est en antéversion physiologique ; sa consistance est normale ; il n'est pas douloureux à la palpation ; le col est un peu gros, présentant la consistance habituelle, non déformé, perméable à l'extrémité du doigt.

Dans le cul-de-sac latéral droit, nous trouvons une trompe un peu douloureuse à la pression, du volume d'un doigt ; les culs-de-sac sont souples.

La température est normale.

Nous concluons à une rétention placentaire post-abortum.

Le 31 mai nous introduisons une laminaire et nous procédons à l'*hystéroscopie* le 1er juin.

Après badigeonnage de l'endomètre avec la solution d'adrénaline à 1/1000 nous introduisons facilement le tube de 10 millimètres.

Nous constatons que la muqueuse est partout normale ; nous ne trouvons aucune saillie, aucune irrégularité ; il n'y a pas de trace de placenta.

Tenant à contrôler notre exploration visuelle nous introduisons la curette dans l'utérus, mais nous ne ramenons absolument rien.

Nous terminons comme de coutume par une injection intra-utérine à l'eau oxygénée et par un badigeonnage de teinture d'iode.

Observation 21. — Avortement. Métrorrhagies. Pas de rétention placentaire. — Une jeune femme de 25 ans, entre le 25 juillet 1907 dans le service de M. le docteur Routier à l'hôpital Necker, salle Foucher. Elle n'a aucun passé génital ; elle est bien réglée ; ne souffre jamais du ventre, n'a ni métrorrhagies, ni leucorrhée.

Elle a fait il y a huit jours une fausse couche de quelques semaines ; depuis ce moment, elle perd du sang ; son état général est bon : elle n'a pas de fièvre.

On croit qu'il y a rétention placentaire.

Nous pratiquons l'hystéroscopie qu'il nous montre qu'il n'y a *pas de placenta* dans l'utérus ; en revanche nous voyons de nombreuses villosités d'un blanc rosé siégeant au niveau du fond de l'organe et des parties avoisinantes des parois.

Le curettage pratiqué séance tenante ne ramène en effet que quelques débris de caduque mais pas de placenta.

Après cette petite intervention, la malade cesse d'avoir des hémorragies ; elle quitte l'hôpital guérie au bout de huit jours.

Observation 22. — Avortement. L'hystéroscope montre la rétention de débris placentaires. — Madame B... M..., ménagère, âgée de 27 ans, entre le 5 novembre 1906, dans le service de M. le docteur Routier.

Cette femme n'a aucun passé génital pathologique ; elle a été réglée à l'âge de 11 ans, a eu trois enfants vivants après trois grossesses normales ; n'a jamais fait de fausses couches ; elle est habituellement bien réglée.

Au mois d'avril dernier elle a eu un retard de règles de huit jours ; au bout de ce temps elle a été prise de métrorrhagies très abondantes ; elle rendait du sang liquide et des caillots. Depuis ce moment, elle a eu des pertes de sang intermittentes pendant deux mois. Ces pertes sont devenues plus rares à partir du mois de mai jusqu'il y a une dizaine de jours ; à ce moment elle a de nouveau eu des métrorrhagies très abondantes.

A l'examen le toucher vaginal montre que le corps de l'utérus est un peu augmenté de volume et légèrement *dur* ; il n'y a aucune modification de forme ; pas de lésions annexielles ; les culs-de-sac tout absolument libres.

Le col est entr'ouvert, un peu ramolli.

L'*hystéroscopie* est pratiquée par M. le docteur Routier et notre collègue et ami Ehrenpreis, interne du service.

Après avoir retiré la tige de laminaire introduite la veille, le tube hystéroscopique est introduit. Il s'écoule un peu de sang de l'utérus. Mais *malgré la présence du sang* on distingue nettement dans le fond de l'utérus de petites masses blanches, mamelonnées, se laissant pénétrer par le bec de l'hystéroscope (On s'est servi d'un tube à extrémité en biseau).

D'après les résultats de cet examen on pense qu'il s'agit d'une fausse couche avec rétention de quelques débris placentaires.

Opération. — Le curetage pratiqué par M. Routier ramène des débris placentaires assez abondants.

Contrôle post-opératoire.

L'hystéroscope introduit de nouveau ne laisse pas voir aucun débris.

Les suites opératoires ont été normales ; la malade est guérie.

Observation 23. — *Endométrite proliférante post-abortum.* — Mlle G..., âgée de 30 ans, entrée le 13 juin à l'hôpital Beaujon, pavillon Dolbeau, lit n° 3, dans le service de M. le docteur Michaux. Entre à l'hôpital pour des métrorrhagies. Cette femme a été réglée à l'âge de 13 ans

et a toujours eu une menstruation très irrégulière ; elle ne voyait pas ses règles pendant des périodes de plusieurs mois. Elle n'avait pas de métrorrhagies mais en revanche un écoulement leucorrhéique assez abondant. Jamais elle ne souffrait du ventre.

Elle a fait une première grossesse il y a cinq ans ; sa grossesse a été normale, mais à cause d'un rétrécissement du bassin on a dû terminer l'accouchement par une application de forceps. Les suites de couches ont été bonnes. Il y a trois ans, elle a fait une fausse couche qui n'a pas eu de suites fâcheuses. Elle a fait une seconde grossesse et un second accouchement il y a dix mois dans les mêmes conditions ; mais elle a eu des hémorragies après son accouchement et on a dû lui faire un curetage : elle n'a pas eu d'infection.

Elle a eu ses dernières règles du 19 au 25 mars ; puis le 23 mai elle a eu une abondante perte de sang ; elle continue à perdre depuis cette époque mais en petite quantité.

A son entrée à l'hôpital la malade se présente comme une femme vigoureuse qui a l'air bien portante. Elle perd très peu de sang et ne souffre pas.

La température est normale.

Au toucher on trouve l'utérus en antéversion et un peu gros ; sa consistance est normale : le col est entr'ouvert.

Les culs-de-sac sont libres.

Au spéculum le col se présente avec son aspect et sa coloration habituels.

Nous pensons qu'il s'agit d'une rétention placentaire et nous mettons à la malade une laminaire pour pouvoir faire un examen endoscopique.

Le 15 nous procédons à l'*hystéroscopie*. Toute la surface du corps sauf le fond est recouverte de villosités irrégulières, peu saillantes, de coloration grisâtre, mais ne présentant ni la forme ni la coloration brunâtre de la surface placentaire. La région du fond est au contraire de la couleur blanc rosé éclatant que présente la muqueuse utérine saine.

Le lendemain notre collègue Planson, interne du service, fait à la malade un curetage qui ramène les débris que nous avions vus à l'hystéroscope, mais pas de placenta.

Nous pensons qu'il s'agit d'une endométrite proliférante post-abortum.

Observation 24. — Infection puerpérale post-abortum. L'hystéroscopie permet de voir une *perforation utérine*. — La nommée J... M..., âgée de 23 ans, entre le 13 juin à l'hôpital Beaujon, pavillon Dolbeau, dans le service de M. le docteur Michaux.

Cette femme a été réglée à l'âge de 15 ans et a toujours eu une menstruation irrégulière. Elle ne souffrait jamais du ventre, n'a pas de pertes blanches.

Elle a eu ses dernières règles le 3 décembre 1906 : le 18 mai elle a fait un avortement à la suite duquel elle n'a pas eu de métrorrhagies ; mais depuis ce moment elle souffre du ventre, elle a de la fièvre, elle présente un écoulement séro-purulent très abondant et très fétide.

A son entrée à l'hôpital la malade est pâle, anémiée ; elle a le faciès d'une femme profondément infectée et intoxiquée : sa température oscille entre 39° et 40°. Elle souffre beaucoup du ventre qui est très sensible à la palpation.

Au toucher l'utérus semble petit ; il ne présente pas de modifications de forme ni de consistance ; il est en antéflexion et antéversion et parfaitement mobile ; on ne sent rien du côté des annexes.

Au spéculum on voit le col petit, fermé, mais exulcéré, et il s'en échappe du liquide louche. Le vagin est d'un rouge violacé, granuleux.

Notre collègue Planson, interne du service, fait le diagnostic de rétention placentaire avec infection puerpérale et nous offre de faire l'hystéroscopie chez cette malade.

Nous posons une laminaire le 14 et nous faisons l'hystéroscopie le 15 avec notre tube de 10 millimètres en présence de notre collègue Planson.

Nous voyons alors que toute la cavité utérine présente un aspect blafard. Sa surface est hérissée de villosités, de ruguosités inégales ; de place en place nous remarquons des exulcérations superficielles, de la dimension d'une lentille ou d'une pièce de cinquante centimes, de contour irrégulier et déchiqueté, de couleur grisâtre ; en certains points la muqueuse est noirâtre.

Au fond de l'utérus sur la face postérieure nous apercevons une *perte de substance* assez large : elle a la forme d'un orifice irrégulier, allongé transversalement, ayant environ un centimètre de longueur et un demi-centimètre de largeur.

Elle se présente sous l'aspect d'un trou noir, comblé en partie par un caillot sanguin : les bords sont entourés de petites végétations irrégulières.

Ces constatations nous amènent à supposer que la malade a dû faire provoquer son avortement au moyen d'un instrument qui a causé des lésions de la muqueuse et pratiqué en outre une véritable perforation de la paroi, perforation peut-être incomplète d'ailleurs, car nous ne pouvoir voir si la paroi a été intéressée toute entière.

Interrogée par nous sur ce sujet, la malade, renonçant à nier, nous avoue alors en pleurant qu'elle s'est fait effectivement avorter et que l'on s'est servi pour cela d'une aiguille, qui a été évidemment l'agent de la perforation.

L'existence de cette perforation aurait pu inciter à faire subir à la

malade une opération radicale ; malheureusement elle était dans un état d'infection si avancée et datant de si longtemps que l'on renonça à intervenir.

La malade décline de plus en plus et meurt au bout de quelques jours.

A l'autopsie on trouve du pus dans le péritoine.

A la surface extérieure de l'utérus on ne remarque rien ; mais une fois l'utérus ouvert on voit à l'union de la paroi postérieure et du fond l'ulcération que nous avons constatée à l'hystéroscope avec les mêmes caractères : on ne voit pas sa limite en profondeur. Mais si on la regarde par transparence on voit qu'elle va jusqu'au péritoine et que la séreuse elle-même présente une solution de continuité linéaire.

Observation 25. — *Utérus didelphe*, accouchement prématuré. — F. Bert..., âgée de 28 ans, domestique.

Ne présente rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. A été réglée à 13 ans et a depuis cette époque des menstruations régulières, peu abondantes, indolores, durant de trois à quatre jours. N'a jamais souffert du ventre ; n'a jamais eu ni leucorrhée, ni métrorrhagies. Pas de grossesse antérieure. Cette femme a eu ses dernières règles le 26 mai 1907. Sa grossesse a été absolument normale jusqu'au 1er décembre. Ce jour-là elle a commencé à éprouver de petites douleurs ; elle a été consulter une sage-femme de ville, puis s'est présentée à la clinique Bandelocque. On lui a prescrit de garder le repos. Malgré un repos complet elle a continué à avoir des coliques, et le 3 décembre, les contractions devenant plus fortes elle est venue se faire admettre à la Maternité où l'on constata qu'elle était en travail.

Au palper l'utérus paraissait développé comme pour une grossesse de six mois. Le toucher faisait reconnaître une présentation du sommet tendant à s'engager. La dilatation représentait une pièce de 50 centimes ; les membranes étaient rompues.

Les contractions devinrent plus énergiques et la femme accoucha d'un enfant mort pesant 1.106 gr.

La délivrance fut naturelle, le placenta paraissait un peu déchiqueté sur sa face utérine.

Le 6 décembre, trois jours après l'accouchement, la malade a un peu de fièvre (37°6), elle se plaint de céphalée, de courbature.

On la passe au service de l'isolement où on lui fait des injections intra-utérines et un écouvillonnage suivi d'un badigeonnage à la glycérine créosotée.

C'est au cours de cette intervention que notre collègue Stern constate que la malade a un utérus didelphe. On sent très nettement par le toucher qu'il existe au niveau de l'orifice interne du col une cloison antéro-

postérieure assez épaisse séparant deux orifices, l'un droit très étroit, l'autre gauche, largement béant, conduisant dans la cavité largement dilatée de l'utérus qui vient d'accoucher.

La fièvre continue : le 7 décembre, température 39°.

Notre collègue Stern veut bien nous montrer cette malade le 8 décembre et nous autoriser à lui faire subir un *examen hystéroscopique*. Le gros tude de 15 millimètres est introduit facilement dans le col et chemine sans difficulté jusqu'à trois ou quatre centimètres de l'orifice externe. A ce niveau il bute ; on a la sensation d'être arrêté par un obstacle. A la vue on constate dans la lumière du tube endoscopique une *large bande d'un demi-centimètres de large environ*, étendue d'avant en arrière, d'un aspect blanc jaunâtre, lisse et régulière, située à droite de la ligne médiane : à droite de cette cloison se voit un étroit orifice, en forme de fente allongée d'avant en arrière, dont la muqueuse lisse et régulière présente une coloration rouge intense, à gauche au contraire on voit une large cavité à parois irrégulières et tomenteuses, beaucoup plus pâle, de couleur jaune rosé. En inclinant fortement l'extrémité du tube vers la gauche on franchit la cloison et le tube pénètre alors facilement dans la cavité de l'utérus qui a été gravide ; on y reconnaît les villosités caractéristiques. Il n'y reste aucun débris placentaire. La muqueuse a sa coloration normale.

CONCLUSIONS

Arrivés au terme de cette étude, il nous semble permis de poser les conclusions suivantes :

I. — L'hystéroscope est le procédé le plus sûr et le plus précis que nous ayons à notre disposition pour faire le diagnostic des *lésions intra-utérines*.

II. — L'hystéroscope à éclairage interne nous paraît être l'instrument le plus parfait à l'heure actuelle pour faire l'examen endoscopique de l'utérus.

III. — L'endoscopie est un procédé d'exploration d'une simplicité très grande, d'une technique extrêmement facile, ne provoquant chez les malades aucune sensation pénible, et *n'ayant aucun inconvénient*.

IV. — L'hystéroscopie rend des services dans la pratique gynécologique et dans la pratique obstétricale :

1° En *gynécologie* elle permet :

A) de classer les endométrites en deux catégories :

a) les métrites non végétantes ;

b) les métrites végétantes (villeuses, fongueuses, polypeuses), distinction très importante au point de vue thérapeutique, les *endométrites proliférantes étant seules justiciables du curettage*.

B) de faire le diagnostic des *tumeurs intra-utérines* : fibromes, polypes, épithélioma ; on peut en particulier faire par l'hystéroscopie le *diagnostic précoce de l'épithélioma*. Cependant la distinction entre les polypes muqueux et le cancer a le plus souvent besoin d'être confirmée par l'examen histologique.

C) de reconnaître les malformations de l'utérus et les *corps étrangers*.

2° *Après l'accouchement* elle permet :

A) de voir dans l'utérus la *rétention du placenta*, des membranes ou de caillots ;

B) de voir les lésions d'endométrite puerpérale (ulcérations, sphacèles, etc.) et de les traiter directement.

3° *Après l'avortement* elle sert :

A) à reconnaître la *rétention placentaire* ;

B) grâce à elle on peut voir les plaies ou *perforations* consécutives à un avortement criminel, et se décider à une thérapeutique plus hâtive et plus radicale qui peut permettre de sauver les malades.

V) L'hystéroscopie est une auxiliaire précieuse de la *thérapeutique intra-utérine.*

a) Elle permet de faire des *pansements* et des attouchements de la muqueuse au moyen de topiques ;

b) de pratiquer certaines *petites opérations* telles que le curettage et l'extirpation de petites tumeurs pédiculées ;

c) elle sert à pratiquer la *biopsie* dans des conditions de précision très grandes.

En résumé nous pouvons dire que nous avons dans l'hystéroscopie un moyen d'exploration très facile, d'une innocuité absolue, permettant de faire des diagnostics, impossibles grâce aux procédés d'investigation habituellement employés.

Nous croyons donc que cette méthode est destinée à se généraliser et à prendre une place importante dans l'arsenal gynécologique.

Vu :
Le Président de la thèse,
Paul BAR.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

AMUSSAT. — *Courrier médical*, 1872, XXII ; *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1872, Paris.

AUBINAIS. — *Journ. de la sect. de méd. de la Soc. académique de la Loire-Inférieure*, Nantes, 1864, XL.

BAROZZI. — *Traité de gynécologie*, Paris 1907.

BLONDEL. — Compte rendu de la Société d'obstétrique, décembre 1907.

BOISSEAU DU ROCHER et PICHEVIN. — *In Pratique gynécologique*, par Doléris et Pichevin, Paris, 1896.

BUMM. — 6e Congrès allemand de gynécologie, Vienne, juin 1893.

CATHELIN. — Le cystoscope à air, *Tribune médicale*, 27 mai 1905.

CLADO. — *Traité d'hystéroscopie*, en collaboration avec M. le professeur Duplay, Paris 1898.

— *Manuel de diagnostic gynécologique*, Paris.

COGREL Fernand. — *Thèse Paris*, oct. 1896.

COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes, Paris, 1872.

DAVID (Ch.). — De l'endoscopie utérine au moyen d'un hystéroscope à éclairage interne. Résultats pratiques au point de vue du diagnostic et du traitement des affections intra-utérines.

Communication à la Société de l'Internat, 27 juin 1907.

— *Id. Tribune médicale*, 13 juillet 1907.

— L'endoscopie de l'utérus après l'avortement et dans les suites de couches normales et pathologiques.

Communication à la Société d'obstétrique de Paris, 19 déc. 1907.

DELBET. — Maladies de l'utérus, *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 2e édition, t. VIII.

DESORMEAUX. — De l'endoscopie et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie, Paris, Baillière, 1865.

DOLÉRIS et PICHEVIN. — *La pratique gynécologique*, Paris 1896.

GALLARD. — *Maladies des femmes*, Paris, 1879.

JAYLE. — *Presse médicale*, 28 décembre 1896 (Analyse de Thèse Cogrel).
— *Bulletin de la Société de l'Internat*, 27 juin 1907.
JUDET. — *Bulletin de la Société de l'Internat*, 27 juin 1907.
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de gynécologie.*
LE BLOND (Albert). — *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*, Paris 1878.
LEQUEUX. — *Bulletin de la Société de l'Internat*, 27 juin 1907.
— *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 19 décembre 1907.
LUYS. — Exploration de l'appareil urinaire, Paris 1907 ; *Société de l'Internat*, 27 juin 1907.
MORRIS. — Endoscopie tubes fort direct inspection of the interior of the Hadder and uterus.
(*Tr. ann. Ass. obst. and. gyn.*, 1893, Philadelphia).
PANTALEONI. — *Med. Press. and circ.*, London, 1869, VIII, p. 26.
PROUTIÈRE (Joseph). — *Thèse Paris*, 30 novembre 1898.
POZZI. — *Traité de gynécologie.*
SCHWARTZ (Ed.) — Article maladies de l'utérus, *in Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, p. 70, Paris 1907.
TYLER SMITH. — Doleris et Pichevin, *La pratique gynécologique.*
TROUVÉ. — Cité par Gallard, *Maladies des femmes.*
VULLIET. — Cité par Clado, *Traité d'hystéroscopie.*

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 1

HISTORIQUE 4

A. Les spéculums intra-utérins 6

B. Les hystéroscopes à éclairage externe 7

C. L'hystéroscope à éclairage interne 14

CHAPITRE I. — Description de l'hystéroscope à éclairage interne 21

CHAPITRE II. — Manuel opératoire 24

CHAPITRE III. — Inconvénients de l'hystéroscopie. 35

Difficultés de l'hystéroscopie 36

CHAPITRE IV. — Contre-indications de l'hystéroscopie . . . 42

CHAPITRE V. — Indications. 44

I. Au point de vue du diagnostic 44

A. En dehors de l'état puerpéral. 44

B. Après l'accouchement 50

II. Indications thérapeutiques 53

CHAPITRE VI. — Etude endoscopique de la cavité utérine à l'état normal et à l'état pathologique 54

I. Examen endoscopique de l'utérus en dehors de la puerpéralité 54

A l'état normal. 54

A. Sur le cadavre 54

B. Chez la femme vivante. 55

Dans les métrites 57

I. Endométrite aiguë 58

II. Endométrite chronique 59

1° Endométrites non végétantes. 59

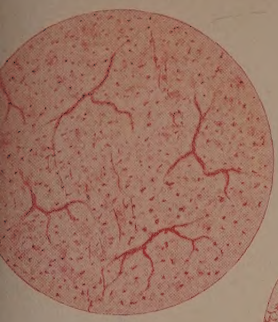
2° Endométrites végétantes 60

Pages

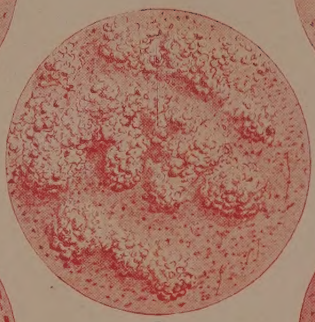
Déductions thérapeutiques tirées de l'hystéroscopie dans les endométrites chroniques 66
Tumeurs de l'utérus 67
a) Polypes muqueux 67
b) Fibromes sous-muqueux 70
c) Cancer du corps 72
Malformations utérines 75
Corps étrangers de l'utérus 75
II. Etude endoscopique de l'utérus après l'accouchement et après l'*avortement à l'état normal et à l'état pathologique.* 78
A. Endoscopie de l'utérus après l'accouchement à terme. 78
1° Examen histologique de l'utérus après accouchement normal 78
Rétention placentaire 79
Rétention de débris de membranes ou de caillots. 80
2° Lésions de l'endomètre dans l'infection puerpérale 80
B. Après l'avortement 81
CHAPITRE VII. — Essai de diagnostic hystéroscopique clinique. 85
Utilisation de l'hystéroscope pour la pratique de la biopsie . 88
CHAPITRE VIII. — Applications thérapeutiques de l'hystéroscopie 90
OBSERVATIONS. 95
CONCLUSIONS 120
BIBLIOGRAPHIE 122

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.

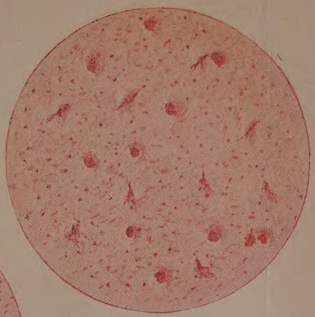
Charles DAVID



1

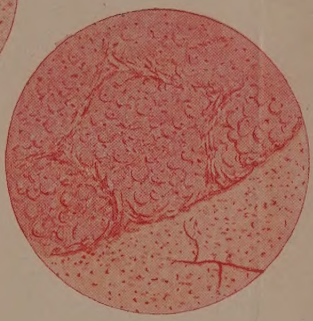


5

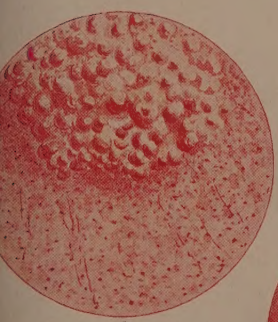


7

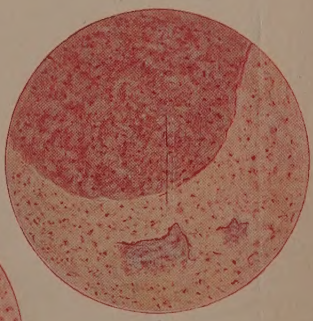
2



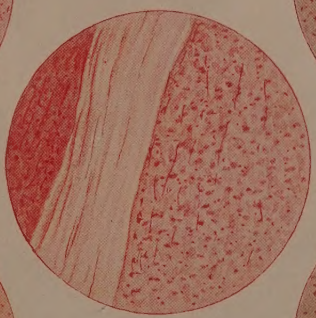
8



3



9



6